



Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

António José de Almeida Soares

Variáveis Psicossociais e Reactividade Emocional em Cuidadores de Dependentes de Substâncias



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

António José de Almeida Soares

**Variáveis Psicossociais e Reactividade
Emocional em Cuidadores de Dependentes
de Substâncias**

Tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Graça Pereira Alves

Março de 2009

DECLARAÇÃO

Nome: António José de Almeida Soares

Endereço electrónico: ajasoares@gmail.com

Telefone: 963515557

Número do Bilhete de Identidade: 11247151

Título dissertação /tese Variáveis Psicológicas e Reactividade Emocional em Cuidadores de Dependentes de Substâncias

.

Orientador(es): Professora Doutora Maria da Graça Pereira Alves

Ano de conclusão: 2009

Designação do Mestrado ou do Ramo de Conhecimento do Doutoramento: Psicologia da Saúde

Nos exemplares das teses de doutoramento ou de mestrado ou de outros trabalhos entregues para prestação de provas públicas nas universidades ou outros estabelecimentos de ensino, e dos quais é obrigatoriamente enviado um exemplar para depósito legal na Biblioteca Nacional e, pelo menos outro para a biblioteca da universidade respectiva, deve constar uma das seguintes declarações:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE/TRABALHO (indicar, caso tal seja necessário, nº máximo de páginas, ilustrações, gráficos, etc.), APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Esta dissertação, bem como o trabalho experimental subjacente, resultam do esforço conjunto de um grupo de pessoas e instituições sem as quais nunca poderia ter sido realizado.

O meu primeiro reconhecimento é dirigido à Doutora Maria da Graça Pereira pelo seu contributo para o meu desenvolvimento enquanto psicólogo, docente e investigador, por ter acreditado neste projecto desde o início e pelo apoio prestado na sua elaboração. A orientação baseada na motivação, questionamento crítico e liberdade criativa nunca serão esquecidas e são dignas de mérito.

Aos participantes que voluntariamente disponibilizaram bastante do seu tempo útil e sem reservas cooperaram na realização dos procedimentos experimentais, somente por acreditarem que o seu contributo melhorará a qualidade de vida futura de outros cuidadores de Dependentes de Substâncias.

Aos elementos das Famílias Anónimas que me aceitaram como se fosse um deles. Apesar de não poderem dar o seu apoio oficial, divulgaram este trabalho na sua rede de apoio possibilitando a angariação de participantes, cederam os espaços para a colheita de dados e acolheram-me nas suas reuniões onde aprofundei o meu conhecimento empírico sobre a problemática.

Agradeço especialmente à minha família pelo apoio emocional e instrumental e por fazerem aquilo que se espera ... dar o que têm e o que não têm!

Um reconhecimento muito particular tem de ser dado à minha esposa e filho. Como se pode descrever em palavras o agradecimento às pessoas que nos completam, que tornam tudo suportável e possível, que sofrem com a nossa ausência e mesmo assim apoiam as nossas escolhas?



Esta dissertação foi financiada integralmente pela Fundação para Ciência e Tecnologia através de uma bolsa de doutoramento (SFRH/BD/18120/2004).

Resumo

Os problemas causados pelo abuso e dependência de substâncias assumem-se como um dos mais difíceis de resolver nas sociedades ocidentais. Estes problemas causam dano não só no próprio toxicodependente mas também no seu espectro relacional mais próximo (família e amigos) e alargado (comunidade). Para além disso, trata-se de um problema de saúde que requer um conjunto de cuidados informais associados. Daí que os familiares responsáveis pela prestação de cuidados possam experienciar uma forma de *stress* crónico com repercussões psicofisiológicas, colocando-os em risco para o aparecimento e desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas. Este trabalho, intitulado “Variáveis Psicossociais e Reactividade Emocional em Cuidadores de Dependentes de Substâncias”, procura avaliar o impacto psicossocial e físico devido ao desempenho dessas tarefas.

A amostra é constituída por 156 indivíduos, divididos por 4 grupos. Assim, o Grupo 1 é constituído por 45 cuidadores de Dependentes de Substâncias que não estão em abstinência, o Grupo 2 é constituído por 39 cuidadores de Dependentes de Substâncias que estão em abstinência há menos de 5 anos, o Grupo 3 é constituído por 36 cuidadores de Dependentes de Substâncias que estão em abstinência há mais de 5 anos e o Grupo 4 que é constituído por 36 indivíduos que não prestam cuidados a pacientes com qualquer doença crónica e debilitante, funcionando como grupo controlo.

Os instrumentos utilizados foram o *Beck Depression Inventory* – BDI (Beck et al., 1961), *Brief Symptom Inventory* – BSI (Derogatis, 1993), *Caregiver Reaction Assessment* – CRA (Given et al., 1992), Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático – EARAT (McIntyre & Ventura, 1996), WHOQOL – BREF (OMS, 1998), Escala de Apoio Social Instrumental e Expressivo – IESSS (Faria, 1999) e o *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales* - F-COPES (McCubbin, Larsen, & Olson, 1982). Na recolha da informação fisiológica foi utilizado o sistema *Physiolab* (J&J Engineering, 2004) na mediação dos Batimentos Cardíacos e Condutância da Pele, tendo o Cortisol Salivar sido avaliado por meio de *Salivettes* (Sarstedt, Germany).

Os dados foram recolhidos junto de comunidades terapêuticas de tratamento de problemas de Dependência de Substâncias, de grupos de auto-ajuda a familiares de Dependentes de Substâncias e de serviços comunitários.

Foram colocadas cinco hipóteses tendo-se verificado na primeira hipótese que os cuidadores com diagnóstico de PTSD apresentavam menor Sobrecarga, maior *Coping* Familiar e maiores níveis de Cortisol do que aqueles sem diagnóstico de PTSD. Na segunda hipótese, verificou-se que coabitação com o Dependente, níveis inferiores de *Distress* psicológico, menor Sobrecarga, menor Qualidade de Vida psicológica, maior Qualidade de Vida nas relações sociais e maior Reactividade Cardíaca nas imagens neutras prevêm maior Suporte Social nos cuidadores, explicando 50% da variância observada. Em resultado desta hipótese também se verificou que um menor número de detenções devido à Dependência de Substâncias, um maior número de desintoxicações em clínicas, menor Idade do Cuidador, menor Suporte Social, menos sintomas de PTSD, menores níveis de Batimentos cardíacos em repouso e menores níveis de produção de Cortisol prevêm maior Sobrecarga nos cuidadores, explicando 52% da variância observada. A terceira hipótese identificou variáveis que discriminam os cuidadores em termos da Sobrecarga, sendo que maior Suporte Social, menor *Distress* psicológico e menor Reactividade Cardíaca estão associados aos cuidadores sem Sobrecarga. Na quarta hipótese verificou-se que *Coping* Familiar modera a relação entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga. Assim, a relação preditiva negativa entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga acontece, quando existe menos *Coping* Familiar. A quinta hipótese identificou a Sobrecarga como variável mediadora entre o *Distress* psicológico e a *Baseline* Cardíaca (27% da força da mediação) e entre o *Distress* psicológico e o Cortisol - AUCg (49% da força da mediação).

As análises exploratórias realizadas com variáveis demográficas e clínicas permitiram identificar determinados factores associados a índices inferiores de saúde mental, tal como idade mais jovem do cuidador, ser do sexo feminino, solteiro, ter encargo com outros familiares significativos, coabitar com o Dependente, o Dependente não estar abstinente do uso de substâncias e lidar com a Dependência do familiar há mais de 5 e menos de 16 anos. O facto de o cuidador lidar com a Dependência do familiar há mais de 17 anos está associado a uma activação geral do eixo HPA (Batimentos Cardíacos e níveis de Cortisol).

São discutidas as implicações destes dados no desenvolvimento de estratégias orientadas para a promoção da saúde nos cuidadores, para a intervenção terapêutica na Dependência de Substâncias e na formação e prática dos profissionais. Os resultados deste estudo sublinham a importância de uma avaliação multimodal do *stress* nos cuidadores e da necessidade de estudos adicionais para uma compreensão mais abrangente do tema.

Abstract

The problems caused by drug abuse and addiction are among the most difficult to solve in western societies. These problems damage not only the addict himself but also the people around him, either family or community members. Besides, addiction requires a whole body of informal caregiving tasks. Family members responsible for these tasks experience a form of chronic stress with corresponding psychophysiological changes, putting them at risk for the development of physical and psychological conditions. This study intitled “Psychosocial Variables and Emotional Reactivity in Addicts Informal Caregivers” aims to assess the psychosocial and physical consequences due to the performance of caregiving tasks.

The sample is composed of 156 participants, divided by 4 groups. Group 1 is composed of 45 caregivers of addicts that are not abstinent; Group 2 is composed of 39 caregivers of addicts that have been abstinent for less than 5 years; Group 3 is composed of 36 caregivers of addicts that have been abstinent for more than 5 years; and Group 4 is composed of 36 participants that are not caregivers, serving as a control group.

The following instruments were used: Beck Depression Inventory – BDI (Beck et al., 1961), Brief Symptom Inventory – BSI (Derogatis, 1993), Caregiver Reaction Assessment – CRA (Given et al., 1992), Assessment Scale of Traumatic Event Response – EARAT (McIntyre & Ventura, 1996), WHOQOL – BREF (OMS, 1998), Instrumental and Emotional Social Support Scale – IESSS (Faria, 1999) e o Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales - F-COPES (McCubbin, Larsen, & Olson, 1982). Heart beat and Skin conductance data were obtained with the PhysiLab software and apparatus (J&J Engineering, 2004). Cortisol levels were collected with Salivettes (Sarstedt, Germany).

The data was gathered in therapeutic communities specialized in addiction, family self-help groups and community services.

This study included five hypotheses. In the first one, caregivers with PTSD diagnosis were less Burdened, had higher Family Coping and higher Cortisol levels than those without PTSD. In the second hypothesis, living with the addict, being less Distressed, being less Burdened, having less psychological Quality of Life, more social relationship Quality of Life and more Heart Reactivity to neutral images predicted Social Support, explaining 50% of the observed variance. It was also clear that fewer arrests due to addiction and more detox events in clinics for the patient,

younger age, less Social Support, less PTSD symptoms, lower Heart Baseline and less Cortisol production levels for caregivers predicted higher Burden in caregivers, explaining 52% of the observed variance. The third hypothesis discriminated the variables associated with Burden. Higher Social Support, less Distress and lower Heart Reactivity was associated to caregivers without Burden. The results of the forth hypothesis showed that Family Coping moderated the relationship between PTSD symptoms and Burden, that is, when caregivers had more PTSD symptoms, they would also have less Burden, in a low Family Coping status. The fifth hypothesis identified Burden as a mediating variable between Distress and Heart Baseline (27% of the mediation strength) and between Distress and Cortisol – AUCg (49% of the mediation strength).

The exploratory analyses performed with demographic and clinical variables identified several factors associated with worse mental health levels such as being a younger caregiver, female, single, assuming caregiving tasks for other relatives, living with the addict, current substance use by the addict and coping with the addiction for more than 5 years and less than 16 years. Caregivers that coped with the addiction for more than 17 years had a general activation of the HPA axis markers (heart and cortisol levels).

Implications of these results are discussed in terms of the development of health promotion strategies for caregivers, therapeutic intervention in Substance Abuse, education and training of professionals.

The results of this study emphasize the importance of a multilevel assessment of caregiver stress and strain and the necessity for further research for a better understanding of the of the impact of addiction in informal caregivers.

Índice

| | PÁGINA |
|---|--------|
| Introdução | 1 |
| Parte I – Enquadramento Teórico | |
| Capítulo I – Toxicodependência | |
| 1.1. Epidemiologia e Prevalência no Mundo e na Europa | |
| 1.1.1. Depressores do Sistema Nervoso Central | 12 |
| 1.1.2. Álcool | 13 |
| 1.1.3. Estimulantes do Sistema Nervoso Central | 14 |
| 1.1.4. Opiáceos | 20 |
| 1.1.5. Dados epidemiológicos de Portugal | 26 |
| 1.2. Diagnóstico e Características | 32 |
| 1.2.1. Depressores do Sistema Nervoso Central | 39 |
| 1.2.2. Álcool | 46 |
| 1.2.3. Estimulantes do Sistema Nervoso Central | 56 |
| 1.2.4. Opiáceos | 62 |
| Capítulo II – Cuidadores Informais | |
| 2.1. Família e Toxicodependência | 69 |
| 2.1.1. Impacto da Doença Crónica na Família: Modelos Teóricos | 80 |
| 2.1.1.1. Tipologia Psicossocial da Doença Crónica (Modelo de Rolland) | 80 |
| 2.1.1.2. Modelo de Ajustamento e Adaptação da Resposta Familiar (Modelo FAAR) | 87 |
| 2.2. Definição do Conceito de Cuidador Informal | 90 |
| 2.3. Morbilidade Psicológica | |
| 2.3.1. Depressão | 92 |
| 2.3.2. <i>Stress</i> e <i>Distress</i> | 101 |
| 2.3.3. Sobrecarga (<i>Burden</i>) | 104 |

| | PÁGINA |
|--|--------|
| 2.4. Variáveis Fisiológicas nos Estudos com Cuidadores | |
| 2.4.1. Batimentos Cardíacos | 113 |
| 2.4.2. Cortisol Salivar | 118 |
| Capítulo III – Qualidade de Vida | |
| 3.1. Definição do Conceito de Qualidade de Vida | 128 |
| 3.2. Qualidade de Vida em Cuidadores | 131 |
| Capítulo IV – Suporte Social | |
| 4.1. Definição do Conceito de Suporte Social | 133 |
| 4.2. Suporte Social em Cuidadores | 134 |
| Capítulo V – <i>Coping</i> Familiar | |
| 5.1. Definição do Conceito de <i>Coping</i> Familiar | 140 |
| 5.2. <i>Coping</i> Familiar em Cuidadores | 141 |
| Capítulo VI – Exposição ao Trauma Psicológico | |
| 6.1. Definição do Conceito de Trauma | 144 |
| 6.2. A Toxicodependência Como Acontecimento Traumático | 145 |
| 6.3. Exposição ao Trauma e Perturbação Aguda de <i>Stress</i> e PTSD | 147 |
| 6.4. Comorbilidade entre PTSD e outras perturbações mentais | 150 |
| 6.5. Estudos acerca do PTSD em Cuidadores | 151 |
| Capítulo VII – Psicofisiologia da Emoção e Toxicodependência | |
| 7.1. Principais Modelos Fisiológicos e Cognitivos da Emoção | 155 |
| 7.2. Peter Lang e o <i>International Affective Picture System</i> | 157 |
| Parte II – Investigação Empírica | |
| Capítulo VIII – Metodologia | |
| 8.1. Objectivos, Questões e Hipóteses | 161 |

| | PÁGINA |
|--|--------|
| 8.2. Método | |
| 8.2.1. População e Amostra | 162 |
| 8.2.2. Material | 164 |
| 8.3. Variáveis Estudadas | 169 |
| 8.4. Instrumentos de Avaliação | |
| 8.4.1. Questionário Clínico e Sócio-Demográfico | 170 |
| 8.4.2. <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI) | 170 |
| 8.4.3. <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI) | 173 |
| 8.4.4. <i>Caregiver Reaction Assessment</i> (CRA) | 181 |
| 8.4.5. Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT) | 190 |
| 8.4.6. Qualidade de Vida (WHOQOL - BREF) | 194 |
| 8.4.7. Escala de Apoio Social Instrumental e Expressivo (IESSS) | 199 |
| 8.4.8. <i>Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales</i> (F-COPES) | 202 |
| 8.5. Procedimento Experimental | |
| 8.5.1. Recolha de Dados | 209 |
| 8.5.2. Análise dos Dados | 211 |
| Capítulo IX – Resultados | |
| 9.1. Descritivos | |
| 9.1.1. Amostra | 214 |
| 9.1.2. Variáveis Psicológicas e Fisiológicas | 218 |
| 9.2. Testes de Hipóteses | |
| 9.2.1. Hipótese 1 | 255 |
| 9.2.2. Hipótese 2 | 256 |
| 9.2.3. Hipótese 3 | 260 |
| 9.2.4. Hipótese 4 | 263 |
| 9.2.5. Hipótese 5 | 265 |
| 9.3. Análises Exploratórias | 275 |
| Capítulo X – Discussão dos Resultados | |
| 10.1. Amostra | 288 |

| | PÁGINA |
|---|--------|
| 10.2. Medidas de Avaliação - Variáveis Psicológicas e Fisiológicas | 292 |
| 10.3. Teste de Hipóteses | 297 |
| 10.4. Análises Exploratórias | 306 |
| 10.5. Limitações do Estudo | 312 |
| Capítulo XI – Conclusão | |
| 11.1. Conclusão | 314 |
| 11.2. Implicações dos Resultados | |
| 11.2.1. Teoria | 317 |
| 11.2.2. Práticas e Treino dos Profissionais | 318 |
| 11.2.3. Investigação Futura | 319 |
| Referências | 321 |
| Anexos | |
| Anexo 1 – Questionário Clínico e Sócio-Demográfico | 385 |
| Anexo 2 – <i>Caregiver Reaction Assessment</i> (CRA) | 388 |
| Anexo 3 - Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT) | 391 |

Índice das Tabelas

| | PÁGINA |
|---|--------|
| Tabela 1. Cronograma e alinhamento das imagens utilizadas no instrumento de visualização. | 167 |
| Tabela 2. Coeficientes de consistência interna do <i>Beck Depression Inventory</i> . | 172 |
| Tabela 3. Coeficientes de consistência interna do <i>Brief Symptom Inventory</i> . | 176 |
| Tabela 4. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Somatização</i> . | 178 |
| Tabela 5. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Obsessivo-Compulsivo</i> . | 178 |
| Tabela 6. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Sensibilidade Interpessoal</i> . | 179 |
| Tabela 7. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Depressão</i> . | 179 |
| Tabela 8. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Ansiedade</i> . | 179 |
| Tabela 9. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Hostilidade</i> . | 180 |
| Tabela 10. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Ansiedade Fóbica</i> . | 180 |
| Tabela 11. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Ideação Paranoide</i> . | 181 |
| Tabela 12. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Psicoticismo</i> . | 181 |
| Tabela 13. Coeficientes de consistência interna do CRA - Sumário da subescala <i>Auto Estima</i> . | 184 |
| Tabela 14. Coeficientes de consistência interna do CRA - Sumário da subescala <i>Falta de Suporte Familiar</i> . | 184 |
| Tabela 15. Coeficientes de consistência interna do CRA - Sumário da subescala <i>Impacto nos Horários</i> . | 185 |
| Tabela 16. Coeficientes de consistência interna do CRA - Sumário da subescala <i>Impacto na Saúde do Cuidador</i> . | 185 |
| Tabela 17. Coeficientes de consistência interna do CRA - Sumário da subescala <i>Impacto nas Finanças</i> . | 185 |
| Tabela 18. Análise factorial do CRA - Matrix dos três componentes com rotação <i>varimax</i> . | 187 |
| Tabela 19. Coeficientes de consistência interna do CRA. | 188 |
| Tabela 20. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Auto Estima</i> . | 189 |
| Tabela 21. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Impacto na Vida Familiar do Cuidador</i> . | 189 |
| Tabela 22. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Impacto na Saúde do Cuidador</i> . | 190 |
| Tabela 23. Coeficientes de consistência interna do EARAT. | 192 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 24. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Revivência do Acontecimento</i> . | 192 |
| Tabela 25. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Resposta ao Acontecimento</i> . | 193 |
| Tabela 26. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Respostas Prolongadas</i> . | 193 |
| Tabela 27. Coeficientes de consistência interna do Domínio: <i>Físico</i> . | 198 |
| Tabela 28. Coeficientes de consistência interna do Domínio: <i>Psicológico</i> . | 198 |
| Tabela 29. Coeficientes de consistência interna do Domínio: <i>Relações Sociais</i> . | 198 |
| Tabela 30. Coeficientes de consistência interna do Domínio: <i>Ambiente</i> . | 199 |
| Tabela 31. Coeficientes de consistência interna do IESSS. | 202 |
| Tabela 32. Coeficientes de consistência interna do F-COPES. | 206 |
| Tabela 33. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Obtenção de Suporte Social</i> . | 207 |
| Tabela 34. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Reenquadramento</i> . | 207 |
| Tabela 35. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Procura de Suporte Espiritual</i> . | 208 |
| Tabela 36. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda</i> . | 208 |
| Tabela 37. Coeficientes de consistência interna da Subescala: <i>Avaliação Passiva</i> . | 208 |
| Tabela 38. Variáveis sócio-demográficas e clínicas dos Cuidadores em função do grupo. | 215 |
| Tabela 39. Variáveis sócio-demográficas dos Pacientes em função do grupo. | 216 |
| Tabela 40. Variáveis clínicas dos Pacientes em função do grupo. | 217 |
| Tabela 41. Estatística descritiva dos resultados do <i>Beck Depression Inventory</i> . | 219 |
| Tabela 42. Diferença de médias entre os grupos no BDI - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 220 |
| Tabela 43. Estatística descritiva dos valores do <i>Brief Symptom Inventory</i> – IGS. | 220 |
| Tabela 44. Diferença de médias entre os grupos no BSI - IGS - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 221 |
| Tabela 45. Estatística descritiva dos valores do <i>Caregiver Reaction Assessment</i> – <i>Auto-Estima</i> . | 222 |
| Tabela 46. Diferença de médias entre os grupos na <i>Auto-Estima</i> do CRA - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 223 |

| | PÁGINA |
|--|--------|
| Tabela 47. Estatística descritiva dos valores do <i>Caregiver Reaction Assessment – Impacto na Vida Familiar do Cuidador</i> . | 223 |
| Tabela 48. Diferença de médias entre os grupos no <i>Impacto na Vida Familiar do Cuidador</i> do CRA - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 224 |
| Tabela 49. Estatística descritiva dos valores do <i>Caregiver Reaction Assessment – Impacto na Saúde do Cuidador</i> . | 225 |
| Tabela 50. Diferença de médias entre os grupos no <i>Impacto na Saúde do Cuidador</i> do CRA - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 226 |
| Tabela 51. Estatística descritiva dos valores do <i>Caregiver Reaction Assessment – Total</i> . | 226 |
| Tabela 52. Diferença de médias entre os grupos no <i>Total</i> do CRA - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 227 |
| Tabela 53. Estatística descritiva do número total de sintomas do EARAT. | 228 |
| Tabela 54. Estatística descritiva dos valores do domínio <i>Físico</i> (WHOQOL-Bref). | 230 |
| Tabela 55. Diferença de médias entre os grupos no domínio <i>Físico</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 231 |
| Tabela 56. Estatística descritiva dos valores do domínio <i>Psicológico</i> (WHOQOL-Bref). | 231 |
| Tabela 57. Diferença de médias entre os grupos no domínio <i>Psicológico</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 232 |
| Tabela 58. Estatística descritiva dos valores do domínio <i>Relações Sociais</i> (WHOQOL-Bref). | 233 |
| Tabela 59. Diferença de médias entre os grupos no domínio <i>Relações Sociais</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 234 |
| Tabela 60. Estatística descritiva dos valores do domínio <i>Ambiente</i> (WHOQOL-Bref). | 234 |
| Tabela 61. Diferença de médias entre os grupos no domínio <i>Ambiente</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 235 |
| Tabela 62. Estatística descritiva dos valores do IESSS. | 236 |
| Tabela 63. Diferença de médias entre os grupos no no IESSS - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 237 |
| Tabela 64. Estatística descritiva da subescala <i>Obtenção do Suporte Social</i> do F-COPES. | 237 |
| Tabela 65. Diferença de médias entre os grupos na subescala <i>Obtenção de Suporte Social</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 238 |
| Tabela 66. Estatística descritiva da subescala <i>Reenquadramento</i> do F-COPES. | 239 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 67. Diferença de médias entre os grupos na subescala <i>Reenquadramento</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 240 |
| Tabela 68. Estatística descritiva da subescala <i>Procura de Suporte Espiritual</i> do F-COPES. | 240 |
| Tabela 69. Diferença de médias entre os grupos na subescala <i>Procura de Suporte Espiritual</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 241 |
| Tabela 70. Estatística descritiva da subescala <i>Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda</i> do F-COPES. | 242 |
| Tabela 71. Diferença de médias entre os grupos na subescala <i>Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 243 |
| Tabela 72. Estatística descritiva da subescala <i>Avaliação Passiva</i> do F-COPES. | 243 |
| Tabela 73. Diferença de médias entre os grupos na subescala <i>Avaliação Passiva</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 244 |
| Tabela 74. Estatística descritiva do <i>Total</i> do F-COPES. | 245 |
| Tabela 75. Diferença de médias entre os grupos no <i>Total</i> do F-COPES - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 246 |
| Tabela 76. Estatística descritiva dos valores de Cortisol Salivar ao <i>acordar</i> . | 246 |
| Tabela 77. Diferença de médias entre os grupos nos valores de cortisol salivar ao <i>acordar</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 247 |
| Tabela 78. Estatística descritiva dos valores de cortisol salivar <i>45 minutos após o acordar</i> . | 247 |
| Tabela 79. Diferença de médias entre os grupos nos valores de cortisol salivar <i>45 minutos após o acordar</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 247 |
| Tabela 80. Estatística descritiva dos valores de cortisol salivar <i>após a apresentação do instrumento de visualização</i> . | 248 |
| Tabela 81. Diferença de médias entre os grupos nos valores de cortisol salivar <i>após a apresentação do instrumento de visualização</i> - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 248 |
| Tabela 82. Estatística descritiva dos valores de CAR. | 249 |
| Tabela 83. Diferença de médias entre os grupos nos valores de CAR - ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 250 |
| Tabela 84. Estatística descritiva dos valores de AUCg. | 251 |
| Tabela 85. Diferença de médias entre os grupos nos valores de AUCg- ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 252 |
| Tabela 86. Estatística descritiva dos valores de AUCi. | 252 |

| | PÁGINA |
|---|--------|
| Tabela 87. Diferença de médias entre os grupos nos valores de AUCi- ANOVA com <i>Post Hoc Scheffé</i> . | 253 |
| Tabela 88. Resultados do teste MANOVA para a Reactividade Cardíaca, em função do Grupo. | 253 |
| Tabela 89. Resultados do teste MANOVA para a Reactividade Electrodérmica, em função do Grupo. | 254 |
| Tabela 90. Resultados do teste MANOVA ao nível da Depressão, <i>Distress</i> , Sobrecarga, Suporte Social, <i>Coping</i> Familiar e Reactividade Emocional, em termos do diagnóstico de PTSD. | 256 |
| Tabela 91. Correlações entre as variáveis psicológicas e fisiológicas, a Sobrecarga e o Suporte Social. | 258 |
| Tabela 92. Variáveis Predictoras da Sobrecarga (regressão linear hierárquica, método <i>Stepwise</i>). | 259 |
| Tabela 93. Variáveis predictoras do Suporte Social (regressão linear hierárquica, método <i>Stepwise</i>). | 260 |
| Tabela 94. Resultado da Análise Discriminante – teste à diferença das médias dos grupos. | 262 |
| Tabela 95. Resultado da Análise Discriminante dos grupos. | 262 |
| Tabela 96. Matriz da estrutura factorial das variáveis que discriminam a Sobrecarga. | 263 |
| Tabela 97. Quadro da classificação correcta dos casos da função discriminante. | 264 |
| Tabela 98. Análise dos efeitos de moderação do <i>Coping</i> Familiar na relação entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga (regressão múltipla linear). | 265 |
| Tabela 99. Análise dos efeitos de mediação da Sobrecarga na <i>Baseline</i> Cardíaca (regressão múltipla linear, método <i>Enter</i>). | 268 |
| Tabela 100. Correlações entre o <i>Distress</i> Psicológico, a Sobrecarga e as medidas de Reactividade Electrodérmica (resumida). | 269 |
| Tabela 101. Análise dos efeitos de mediação da Sobrecarga nos níveis de Cortisol – AUCg (regressão linear múltipla, método <i>Enter</i>). | 270 |
| Tabela 102. Resultados do teste MANOVA para as variáveis psicológicas e fisiológicas em termos do sexo dos cuidadores. | 273 |
| Tabela 103. Correlações significativas entre a Idade do Cuidador e as variáveis psicológicas e fisiológicas (resumida). | 274 |
| Tabela 104. Diferenças entre os cuidadores nas variáveis psicológicas e fisiológicas, em função do estado civil. | 276 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 105. Resultados do teste MANOVA para as variáveis psicológicas e fisiológicas em termos do encargo dos cuidadores com outros significativos. | 278 |
| Tabela 106. Resultados do teste MANOVA para as variáveis psicológicas e fisiológicas em termos da coabitação do cuidador com o Dependente de Substâncias. | 280 |
| Tabela 107. Resultados do teste MANOVA para as variáveis psicológicas e fisiológicas do cuidador em função do tempo da duração da patologia do Dependente de Substâncias. | 282 |
| Tabela 108. Resultados do teste MANOVA para as variáveis psicológicas e fisiológicas do cuidador em função do tempo de abstinência do Dependente de Substâncias. | 284 |

Índice de Figuras

| | PÁGINA |
|---|--------|
| Figura 1. Remissão Total Precoce. | 36 |
| Figura 2. Remissão Pacial Precoce. | 37 |
| Figura 3. Remissão Total Mantida. | 37 |
| Figura 4. Remissão Parcial Mantida. | 37 |
| Figura 5. Interface I-330-C2+ 6 canais. | 164 |
| Figura 6. Sensores MC-6SY e SE-35. | 165 |
| Figura 7. Sensor MC-5D. | 165 |
| Figura 8. Gel de facilitação da condutividade JE-24. | 165 |
| Figura 9. Kit Salivette e esquema de utilização. | 165 |
| Figura 10. Ecrã da edição de uma tarefa no USE3. | 168 |
| Figura 11. Ecrã do resultado da condutância da pele de um participante. | 169 |
| Figura 12. Ecrã de verificação da Qualidade do Sinal. | 211 |
| Figura 13. Valores médios e desvio padrão do BDI, por Grupo. | 219 |
| Figura 14. Valores médios e desvio padrão do BSI – IGS, por grupo. | 221 |
| Figura 15. Valores médios e desvio-padrão da subescala <i>Auto-Estima</i> do CRA, por Grupo. | 222 |
| Figura 16. Valores médios e desvio-padrão da subescala <i>Impacto na Vida Familiar do Cuidador</i> do CRA, por Grupo. | 224 |
| Figura 17. Valores médios e desvio-padrão da subescala <i>Impacto na Saúde do Cuidador</i> do CRA, por Grupo. | 225 |
| Figura 18. Valores médios e desvio-padrão do <i>Total</i> do CRA, por Grupo. | 227 |
| Figura 19. Diagnóstico de PTSD, por Grupo. | 228 |
| Figura 20. Número médio de sintomas de PTSD, com desvio-padrão, por Grupo. | 229 |
| Figura 21. Valores médios e desvio-padrão do domínio <i>Físico</i> , por Grupo. | 230 |
| Figura 22. Valores médios e desvio-padrão do domínio <i>Psicológico</i> , por Grupo. | 232 |
| Figura 23. Valores médios e desvio-padrão do domínio <i>Relações Sociais</i> , por Grupo. | 233 |
| Figura 24. Valores médios e desvio-padrão do domínio <i>Ambiente</i> , por Grupo. | 235 |
| Figura 25. Valores médios e desvio-padrão do IESSS, por Grupo. | 236 |
| Figura 26. Valores médios e desvio-padrão da subescala <i>Obtenção de Suporte Social</i> , por Grupo. | 238 |

| | PÁGINA |
|--|--------|
| Figura 27. Valores médios e desvio-padrão da subescala <i>Reenquadramento</i> , por Grupo. | 239 |
| Figura 28. Valores médios e desvio-padrão da subescala <i>Procura de Suporte Espiritual</i> , por Grupo. | 241 |
| Figura 29. Valores médios e desvio-padrão da subescala <i>Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda</i> , por Grupo. | 242 |
| Figura 30. Valores médios e desvio-padrão, da subescala <i>Avaliação Passiva</i> , por Grupo. | 244 |
| Figura 31. Valores médios e desvio-padrão, do <i>Total</i> do F-COPES, por Grupo. | 245 |
| Figura 32. Valores médios e desvio-padrão do cortisol, por momento de recolha e por Grupo. | 249 |
| Figura 33. Valores médios e desvio-padrão do CAR, por Grupo. | 250 |
| Figura 34. Valores médios e desvio-padrão de AUCg, por Grupo. | 251 |
| Figura 35. Valores médios e desvio-padrão de AUCi, por Grupo. | 252 |
| Figura 36. Representação gráfica da relação de moderação do <i>Coping</i> Familiar entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga. | 266 |
| Figura 37. Diagrama das vias do modelo de mediação (hipótese 5.1). | 267 |
| Figura 38. Diagrama das vias do modelo de mediação (hipótese 5.3). | 270 |

Lista de Abreviaturas

ACTH - Hormona Polipeptídica Adrenocorticotrópica
ADH - Enzima de Desidrogenase do Álcool
ALDH - Desidrogenase Enzimática
APA - Associação Americana de Psiquiatria
ARDS - Síndrome de *Distress* Respiratório do Adulto
AUCg - *Area Under de Curve with respect to ground*
AUCi - *Area Under the Curve with respect to increase*
BPSD - Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência
CAR - *Cortisol Awakening Response*
CDI - Consumidores de Droga Injectada
CDT - Comissão de Dissuasão da Toxicodependência
CT - Comunidades Terapêuticas
CO - Corticoesteróides
CPK - Creatinofosfoquinase
CRH - Hormona Libertadora de Corticotropina
DPCO - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
E - Epinefrina
EEG - Electroencefalograma
ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica
GABA - Ácido Gama-Aminobutírico
GHB - Gama-Hidroxibutirato
HDLs - Lipoproteínas de Alta Densidade
HPA – Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
IAPS - *International Affective Picture System*
IL-2 - Interleuquinas 2
IN – Substância consumida por inalação
IV – Substância consumida por injeção na veia
MPTP - 1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetra-hidropiridina
NAD - Dinucleótido da Adenina Nicotinamídica
PAS - Perturbação Aguda de *Stress*

PTSD - Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

QdV - Qualidade de Vida

QFV – Método da Quantidade-Frequência-Variabilidade

SAM – Sistema Simpático-Adrenal-Medular

SCO - Síndrome Cerebral Orgânica

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Sistema Nervoso Simpático

SS - Suporte Social

STSD - Perturbação Secundária de *Stress* Traumático

TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico

UD - Unidades de Desabilitação

UNODC - Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime

Introdução

Como é do conhecimento geral, os problemas causados pelo abuso e dependência de substâncias, assumem-se como um dos mais difíceis de resolver nas sociedades ocidentais. Estes problemas causam dano não só no próprio toxicodependente mas também no seu espectro relacional mais próximo (família e amigos) e alargado (comunidade). De facto, sendo a dependência de substâncias (álcool e drogas) definida segundo os critérios de DSM-IV, encontramos aí características de prevalência “tendencialmente crónicas” (APA, 1996). O que implica, na generalidade, que os familiares (ou outros cuidadores) passem por uma série de experiências potencialmente *stressantes*, muitas vezes durante um longo período de tempo. De facto, estudos relacionados com o início do uso de substâncias determinaram o período da adolescência como sendo o introdutório aos consumos mais graves e duradouros (Dodgen & Shea, 2000), isto é, os consumos geralmente desenvolvem-se quando os jovens ainda estão bastante dependentes dos pais.

Segundo Dodgen e Shea (2000), o abuso de substâncias representa claramente um desligamento da saúde física e mental e o uso continuado e descontrolado leva, inabalavelmente, à destruição do corpo, mente e vida social dos indivíduos dependentes.

A OMS adoptava, em 1951, a posição ainda actual acerca do alcoolismo: “os alcoólicos são consumidores excessivos cuja dependência do álcool é tal que apresentam quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afectam a sua saúde física e mental, as suas relações com os outros e o seu bom comportamento social e económico, quer ainda pródromos de perturbações desse género, devendo ser submetidos a tratamento (Adès & Lejoyeux, 1997).

Carlos Amaral Dias (1995) define bem a essência do fenómeno quando afirma “a doença, pelo menos a psicológica, é um problema da permanência, da repetição”.

Nas sociedades ocidentais, este fenómeno adquiriu características epidémicas. Por exemplo, a nível europeu, dados recolhidos do relatório anual do Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência, estimam existirem entre 2,4 (Países Baixos) e 13,6 (Luxemburgo) consumidores problemáticos (prevalência mais recente ao longo de um ano por 1000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos). Os cálculos da prevalência do consumo problemático de droga situam-se todos entre dois e dez casos por cada 1000 elementos da população com idades

compreendidas entre os 15 e os 64 anos (utilizando os pontos médios das estimativas). Os valores mais elevados chegam de Itália, Luxemburgo, Portugal e Reino Unido (6 – 10 por cada 1000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos). Assim, se a taxa do consumo problemático de droga na totalidade da UE for de 4 a 6 casos por cada 1000 elementos da população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, isso significa que há entre 1 milhão e 1,5 milhões de consumidores problemáticos de droga, dos quais entre 600000 e 900000 são Consumidores de Droga Injectada (CDI). Como elemento de comparação, o Inquérito Nacional às Famílias sobre a Toxicodependência (*National Household Survey on Drug Abuse*) realizado nos Estados Unidos em 2001 registou experiência ao longo da vida, no que respeita à *cannabis*, em 36,9 % dos adultos (a partir dos 12 anos de idade), no que respeita à cocaína, em 12,3 % e, no que respeita ao *ecstasy*, em 3,6 %. As informações sobre o consumo recente de *cannabis* (últimos 12 meses) apontam para 9,3%, sobre o consumo de cocaína, para 1,9% e sobre o consumo de *ecstasy*, para 1,4%. A experiência ao longo da vida e o consumo recente da *cannabis* são mais elevados nos EUA do que em qualquer país da UE. No que respeita à cocaína, a experiência ao longo da vida também é mais elevada nos EUA do que em qualquer país da UE, e o consumo recente é mais elevado do que na maior parte dos países, excepção feita à Espanha (2,6 %) e ao Reino Unido (2,0 %). O consumo de *ecstasy* é mais elevado do que em todos os países da UE, com excepção da Espanha, da Irlanda, dos Países Baixos e do Reino Unido (OEDT, 2003).

Temos assim que, o consumo de droga por via intravenosa acarreta ainda mais riscos como o da infecção pelo VIH, Hepatite B e C, e ainda *overdoses*. Dados do mesmo relatório, indicam Portugal e Espanha como tendo as taxas mais elevadas (entre 9,4% e 41,3%) de prevalência da infecção do VIH e de prevalência da infecção do vírus da Hepatite C (entre 45% a 92%). Em relação ao número total anual de óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga, nos últimos 10 anos foram comunicados entre 7000 e 9000. Estes números podem ser considerados como estimativas mínimas, pois é provável que na maior parte dos países haja uma certa subcomunicação (que por vezes poderá ser considerável). A maior parte das vítimas são jovens e, para além disso, muitas destas mortes são evitáveis. A *overdose* é uma importante causa de morte entre jovens, especialmente do sexo masculino, na maior parte dos países da UE. Os óbitos devidos à SIDA e a outras causas (violência, acidentes, etc.) são responsáveis pela mortalidade adicional relacionada com o consumo de droga, registando-se diferenças consideráveis entre países e cidades (OEDT, 2003).

Uma das outras consequências do abuso e dependência de substâncias está relacionada com as infracções à legislação da matéria da droga, isto é, consumo, posse e tráfico de estupefacientes. Em Portugal, o consumo de droga está despenalizado desde Julho de 2001. Consequentemente, a percentagem de infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com o consumo de droga foi menor em 2001 do que em 2000, ano em que se elevou a 55%. Contudo, devemos encarar estes números por defeito, uma vez que é sabido, que em Portugal, as detenções relacionadas com roubos e outros crimes, destinados a financiar o modo de vida do toxicodependente, elevariam por certo esta percentagem. Uma estimativa referida por este relatório, refere inclusive que 62% dos reclusos em Portugal haviam consumido droga (OEDT, 2003).

Segundo a OEDT (2003), os pacientes admitidos a tratamento são tendencialmente do sexo masculino e estão na casa dos 20 ou dos 30 anos. A média das idades é, na generalidade, 29,8 anos e meio e 26,9 anos para os pacientes admitidos a tratamento pela primeira vez. A Alemanha, a Irlanda e a Finlândia são os países onde a população em tratamento é mais jovem, enquanto os pacientes mais velhos que procuram tratamento se encontram em Espanha, na Itália e nos Países Baixos. A distribuição por idades dos pacientes que procuram tratamento parece estar relacionada com o tipo de substâncias consumidas – de uma maneira geral, os consumidores de *cannabis* são mais jovens, ao passo que os consumidores de heroína e cocaína são mais velhos.

Por cuidadores informais entendemos as pessoas que, de alguma forma, vão acompanhando o toxicodependente ao longo do seu percurso nas drogas e álcool, gratuitamente e que não têm, necessariamente, formação profissional específica para tal. Assim, a experiência de trabalho no terreno até à data, tem mostrado a enorme importância e influência que a presença activa dos cuidadores têm no tratamento e reabilitação dos adictos. É nossa opinião que estes cuidadores (pais, irmãos, cônjuges, ...), vivem intensamente todo o desenrolar dos acontecimentos, alojando-os em suas casas, ou contactando-os frequentemente, ajudando na sua alimentação e sustento, e muitas vezes contribuindo para os seus gastos nas substâncias aditivas. O relatório mais recente acerca da situação da toxicodependência em Portugal, refere que a maioria dos utentes (ambulatório, primeiras consultas, unidades de desabilitação) reside com outra pessoa (família de origem, companheira/o e filhos, companheira/o) – entre 85,8% e 90,5% (IDT, 2007).

O toxicodependente raramente se intoxica completamente sozinho, muitas vezes contando com dinheiro e, de uma forma ou de outra, com o suporte afectivo destes cuidadores. As

consequências dos consumos são de tal forma abrangentes e complexos que inevitavelmente, estas pessoas são directamente afectadas. Apesar de não serem de modo algum responsáveis pelos hábitos toxicofílicos, estão sempre de algum modo envolvidos, daí a necessidade de serem também eles ajudados e envolvidos no tratamento (IDT, 2004a; Neto, 1996).

O estudo dos cuidadores dos toxicodependentes está bastante negligenciado. A maior parte da investigação tem incidido sobre os cuidadores de doentes de Alzheimer (Beeson, 2003; Burke, 2002; Sala-DiSesa, 2002), de cuidadores de doentes de Demência (Canfield, 2002; Corrigan, 2002; Mier, 2002), de cuidadores de idosos (da Pena, 2002; Hendrickson, 2002; McLaughlin, 2002). Em Portugal, encontramos estudos de cuidadores de doentes com esclerose múltipla (Sousa, 2005) e cuidadores de doentes oncológicos (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003; Rodrigues, Winck, Silveira, & Almeida, 2002; Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003b). Na nossa pesquisa bibliográfica, não encontramos referências específicas a cuidadores de toxicodependentes, embora na nossa prática clínica tenhamos observado muitas das características dos cuidadores de doentes das referidas patologias nos cuidadores de toxicodependentes.

Uma das características comuns a todos os estudos de cuidadores refere-se à resposta ao *stress*. Assim, estes estudos têm descrito semelhanças nas consequências a nível físico e psicológico. Deste modo, McEwen e Stellar (1993) sustentam que o *stress* crónico leva a uma activação hormonal continuada e que os sistemas de regulação corporais vêm-se obrigados a manter níveis elevados de funcionamento, de modo a garantir o equilíbrio fisiológico. Este processo tem potencial para causar alterações metabólicas e danificar os órgãos e tecidos envolvidos.

Von Kanel e colaboradores (2003) encontraram indícios no seu estudo que *stressores* sérios podem causar uma coagulação sanguínea excessiva nos cuidadores de doentes de Alzheimer. Esta hipersensibilidade a factores que activam a coagulação, pode desempenhar um papel crucial na obstrução das artérias coronárias, logo aumentar o risco de acidentes cardiovasculares.

Poehlmann (1998) realizou um estudo com 27 esposas que prestavam cuidados a um marido doente com Demência (*stress* crónico elevado). Os resultados confirmam as hipóteses que afirmavam que os cuidadores apresentavam índices mais elevados de *stress* percebido, depressão, insatisfação com a vida e solidão que os elementos do grupo controlo. Para além disso, o *stress* crónico também estava positivamente associado à elevação dos níveis basais da activação cardíaca simpática, pressão sanguínea, concentrações plasmáticas de ACTH e aumentos das concentrações

de cortisol no plasma, em resposta aos *stressores* laboratoriais. Também se verificou que o *stress* agudo elevava os índices de ansiedade (estado), ritmo cardíaco, activação cardíaca simpática e concentrações plasmáticas de ACTH, cortisol e epinefrina. Estes resultados sugerem que o *stress* crónico dos cuidadores pode alterar os níveis basais de tónus cardíaco simpático e levar a uma mudança na resposta do eixo hipotalâmico-pituitário adrenérgico a *stressores* de curta duração.

Uma das consequências frequentes, da experiência dos cuidadores, tem a ver com a *morbilidade psicológica (depressão e distress), sobrecarga (burden) e a qualidade de vida*.

LeBlanc (2003) investigou cônjuges cuidadores de pacientes oncológicos que estavam a ser submetidos a quimioterapia. Verificaram que os cônjuges que descreviam as suas relações como menos adaptáveis à mudança de papéis e à mudança sistémica, provocadas pelo diagnóstico de cancro e pelo tratamento em si, experienciavam maiores níveis de *stress*, baixos índices de mestria e maior sintomatologia depressiva.

Nunley (2002), num estudo efectuado com cuidadores de idosos doentes com demência, verificou que a robustez do cuidador amortecia os efeitos dos problemas comportamentais dos doentes. Assim, a robustez modificava estes potenciais efeitos negativos, tendo sido encontrada uma relação positiva entre os índices da robustez e os da qualidade de vida, bem como menos sintomas depressivos.

Kwan (2000) estudou a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com esquizofrenia. Verificou que a qualidade de vida era directamente afectada por uma experiência negativa do cuidador, experiência positiva do cuidador e pelo *stress* crónico. Concluiu que a experiência positiva coexiste com a negativa, isto é, são um *continuum*, que a discussão acerca das experiências positivas podia melhorar a qualidade de vida familiar; e que a qualidade de vida dos cuidadores era mais afectada pelo *stress* do dia-a-dia do que pelas experiências negativas de cuidador. Os recursos económicos e sociais tinham um efeito indirecto sobre a qualidade de vida.

Visser-Meily e colaboradores (2005) tentaram identificar preditores da qualidade de vida de cônjuges de vítimas de enfarte, 1 ano após o sucedido. Avaliaram a sobrecarga, satisfação de vida e sintomas depressivos em 187 cuidadores. Aproximadamente 80% dos cônjuges informaram baixa qualidade de vida significativa em uma ou mais das medidas, 52% assinalaram sintomas depressivos, 54% *stress* significativo e só 50% estavam satisfeitos com vida como um todo. A análise de regressão identificou “*coping* passivo do cuidador” como o preditor mais importante. Uma

proporção significativa de cuidadores percepcionava a qualidade de vida deteriorada um ano depois do enfarte.

Em termos do *coping familiar e suporte social*, Saunders (1998) ao estudar famílias que coabitavam com um membro doente de esquizofrenia, concluiu que o melhor funcionamento familiar estava associado a um maior uso de comportamentos de *coping* e de suporte social. Também verificou que 25% da variância do comportamento familiar era explicada pelo *distress* familiar e pelos problemas comportamentais do doente. Deste modo, o *stress* sentido pela família e os problemas comportamentais do doente estavam negativamente relacionados com o funcionamento familiar.

Haley e colaboradores (2003) estudaram 88 esposas cuidadoras de pacientes internados com demência ou cancro do pulmão. As conclusões apontam no sentido de que os índices objectivos da gravidade da doença do paciente ou a quantidade de cuidados necessários, não são preditores fortes de depressão ou de satisfação no cuidador. Os factores associados a um funcionamento mais pobre do cuidador eram o género feminino, os problemas de saúde no cuidador e as interacções sociais negativas. Por outro lado, avaliar as tarefas de cuidado como menos *stressantes*, encontrar significado e benefícios subjectivos no papel de cuidador e ter mais recursos sociais estava positivamente associado a índices mais baixos de depressão e maior satisfação.

Sousa (2005) estudou os cuidadores/familiares dos doentes com Esclerose Múltipla. Verificaram uma correlação positiva entre o ajustamento à doença e satisfação marital dos cuidadores, ou seja, quanto melhor o ajustamento, maior a satisfação marital. Observaram também que quanto maior era o impacto da doença dos familiares nos horários e interrupções nas suas actividades (dimensões da qualidade de vida), maior era a insatisfação marital. Por sua vez, os cuidadores de doentes com maior grau de incapacidade, manifestavam menor qualidade de vida e menor apoio familiar.

Nos estudos que abordam o funcionamento familiar segundo uma perspectiva sistémica, verifica-se que as famílias sem um elemento toxicodependente evidenciam maior acordo entre os seus membros, comportamentos de cooperação e maior capacidade de funcionar em tarefas de grupo do que as famílias com um elemento toxicodependente (Fleming, 2001). As famílias “normais” respondem à emergência da adolescência de uma forma mais adaptativa do que as famílias disfuncionais, ou seja, demonstram ter maior capacidade de mudança e maior flexibilidade

dos seus padrões de funcionamento (Fleming, 2001). No que diz respeito à qualidade dos laços afectivos, os estudos referem uma incidência elevada de situações de crise e de ruptura nas famílias dos toxicodependentes e nas dos consumidores esporádicos. Ainda segundo esta autora, muitas destas famílias são desarmoniosas e criam um “vácuo” e um isolamento emocional, não havendo suporte afectivo entre os seus membros. Assim, a coesão familiar é fraca, sendo os membros pouco valorizados e pouco reconhecidos (Fleming, 2001).

Pereira e Soares (2003) estudaram o impacto do relacionamento conjugal dos pais no relacionamento dos filhos. Estes autores concluíram que os sujeitos que tinham uma boa percepção da relação marital de seus pais, contrariamente ao grupo que não tinha, apresentavam pressão arterial mais baixa e o batimento cardíaco menor, face a emoções. Assim, a reactividade emocional nos filhos estava directamente relacionada com a percepção da relação marital dos pais.

Uma outra situação que tem sido alvo de pouca investigação (em relação aos cuidadores) é a do desenvolvimento consequente de uma Perturbação Aguda de *Stress* (PAS) ou Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD), no quadro da toxicodependência. Assim, é bem conhecido que a exposição sistemática e continuada a um ou vários *stressores* pode levar ao desenvolvimento da sintomatologia traumática (APA, 1996; Raphael & Martinek, 1997; Wilson & Keane, 1997; Wilson & Keane, 1993). Inclusive, Moore (1993) cita como exemplos de eventos traumáticos combates em guerra, assaltos pessoais violentos, desastres naturais, vivência em cativeiro, perdas de significativos, *overdoses* de drogas, maus-tratos e intimidação.

Foa e Rothbaum (1998) referem que a hiper-reatividade fisiológica ligada a estímulos associados ao trauma, está bem documentada em combatentes com PTSD. Estes estímulos podem ser visuais ou auditivos e provocam uma resposta com aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, da temperatura, do traçado electromiográfico e electroencefalográfico e da condutibilidade dérmica.

Bourne, Rose e Masson (1968) sugerem que a secreção de cortisol está dependente da interacção que o indivíduo desenvolve com o ambiente que o rodeia e da capacidade de mobilização de estratégias de *coping* adequadas (Heim, Ehler, & Hellhammer, 2000), onde o controlo da informação parece desempenhar um papel positivo. À excepção de alguns estudos como o de Maes e colaboradores (1998), onde foram encontradas taxas de excreção urinária de cortisol significativamente mais altas que nos outros grupos (talvez por se tratar duma amostra constituída por indivíduos com PTSD por causas acidentais) ou o de Pitman e Orr (1990), os restantes autores

referem um hipocortisolismo nos sujeitos com PTSD (Charney, Deutch, Krystal, Southwick, & Davis, 1993; Harvey & Yehuda, 1999; Heim, et al., 2000; Rothschild, 2000; Van der Kolk, 1994; Yehuda, et al., 1998; Yehuda, et al., 1990), que se mantêm mesmo após a remissão dos sintomas (Yehuda, 1999). Estes dados são tão consistentes, que níveis baixos de cortisol sérico (McFarlane & Girolamo, 1996; Resick, 2000), ou de excreção urinária de cortisol (Delahanty, Raimonde, & Spoonster, 2000) no período peritraumático, são preditores de desenvolvimento de PTSD.

Costa (2001) com o objectivo de conhecer as respostas a nível da frequência cardíaca, da pressão arterial, do cortisol e da verbalização emocional, nos veteranos da guerra colonial com e sem PTSD, estudou uma amostra de 54 sujeitos (30 com PTSD e 24 sem) que foram expostos a imagens cobertas e conscientes. O Grupo Experimental (GE), cujos sujeitos tinham diagnóstico de PTSD, apresenta maiores valores basais de cortisol e de pressão arterial, que se mantêm ao longo das exposições. Deste modo, podemos-nos questionar sobre se a exposição continuada a *stressores* por parte dos cuidadores de toxicodependentes, poderá levar ao desenvolvimento de uma PAS ou de PTSD.

Aliás, os estudos com *cortisol* têm assumido uma grande importância na procura de uma correlação entre estados de humor negativos e marcadores biológicos.

Glover e Poland (2002) estudaram as alterações neuroendócrinas verificadas em cuidadores com sintomatologia e diagnóstico de PTSD, pretendendo verificar se as situações de trauma relacionadas com o experienciar de uma doença potencialmente mortal produziam as mesmas alterações que situações de trauma mais comuns (guerra, violação). Para tal, colheram amostras de cortisol urinário (12h), noraepinefrina e epinefrina, bem como utilizaram medidas psicométricas de avaliação de PTSD e depressão. A amostra era constituída por um grupo de 14 mães de crianças sobreviventes de cancro (mães com diagnóstico de PTSD, um grupo de 7 mães de crianças sobreviventes de cancro (mães sem sintomatologia de PTSD) e um grupo controlo de 8 mães de crianças saudáveis. O grupo das mães com PTSD apresentavam menor nível total de cortisol urinário que as mães sem PTSD (que por seu turno não diferiam do grupo controlo). Outro resultado interessante, foi a de que as mães que apresentavam PTSD e depressão, tinham níveis mais altos de cortisol que as mães que apresentavam unicamente PTSD. Para além de que, as mães sem PTSD mas com depressão, tinham valores mais elevados de cortisol. O estudo conclui que a sintomatologia PTSD relacionada com doenças potencialmente mortais, apresenta as mesmas alterações neuroendócrinas que a PTSD relacionada com guerra, por exemplo. Também poder-se-á

concluir que, de facto, a sintomatologia PTSD provoca alterações endócrinas diferentes de outros tipos de patologias, como por exemplo a depressão.

Bauer e colaboradores (2000) estudaram o *stress* crónico em cuidadores de pacientes com Demência. Os resultados referem que os cuidadores apresentam maiores níveis de *distress* (ansiedade, depressão e *stress*) e de cortisol salivar que os não-cuidadores (controlo). Adicionalmente, os cuidadores apresentavam uma proliferação reduzida de linfócitos, uma produção reduzida de IL-2 (interleuquinas 2) e uma sensibilidade dos linfócitos aos glucocorticóides reduzida. Os investigadores concluíram que o *distress* crónico está associado a uma função imune debilitada que, por seu turno, está associada a níveis basais de esteróides elevados e a uma alteração da imunoregulação por esteróides dos linfócitos.

Bremner e colaboradores (2003) avançam com a hipótese, de que as causas da discordância nos estudos que utilizam cortisol se devem à selecção dos sujeitos, às diferenças no tipo de trauma (experiências muito subjectivas), à expressão fenotípica do PTSD, aos múltiplos diagnósticos associados e ao ciclo circadiano do cortisol. Yehuda (2000) acrescenta que, em algumas situações, as diferenças encontradas poderão dever-se à ocorrência prévia de um trauma. Nestes casos, a elevação aguda dos níveis de cortisol produziria um ambiente tóxico na região hipocampal, levando ao preenchimento irreversível e subsequente destruição dos receptores neuroquímicos. Daí que, em condições futuras que exigissem a activação do eixo HPA, o cortisol entraria em circulação mas não encontrando receptores, degeneraria, sinalizando ao córtex supra-renal a ocupação dos receptores. Deste modo, por meio de feedback negativo, a produção de cortisol manter-se-ia baixa, explicando-se assim, o motivo pelo qual os níveis de cortisol em mulheres vítimas de violação que tinham historial de violência, eram mais baixos do que em mulheres vítimas de violação sem historial de violência.

Dentro dos estudos com cortisol, destacam-se as medidas do tipo *morning rise*, também chamadas de *wake-up challenge*. Nestas, são realizadas 2 recolhas de saliva, uma ao acordar e a seguinte passados 30-45 minutos. De acordo com o *MacArthur Research Network on Social and Economical Status and Health* (2000), cerca de 50% dos sujeitos normais apresentam uma medida de *morning rise* com pico de cortisol a 30-45 minutos; 8 em 10 sujeitos respondem ao *wake-up challenge* (+ 2.5 nmol/l ou mais); e 75% apresentam uma resposta consistente ao longo de dois dias. Assume-se que alterações no pico de cortisol do *morning rise* sejam indicadores de disfunção.

Vários autores têm associado a depressão e o *distress* a uma elevação no índice de *morning rise* (De Vugt, et al., 2005; Döhnert, Wilz, Adler, Gunzelmann, & Brähler, 2001; Kudielka &

Kirschbaum, 2003; Pruessner, Hellhammer, & Kirschbaum, 1999; Pruessner, Kirschbaum, Meinlschmidt, & Hellhammer, 2003; Schulz, Kirschbaum, Pruessner, & Hellhammer, 1998). Polk e colaboradores (2005) verificaram que traços de afecto negativo estavam associados com uma elevação no *morning rise*, mesmo controlado o *waking level*, apesar de se verificar apenas nos homens.

Uma parte significativa da justificação da necessidade deste estudo vem do facto de, até à data, não termos conhecimento de investigações que se tenham debruçado sobre os cuidadores de toxicodependentes. Mesmo ao nível dos estudos efectuados (por ex: OEDT, 2003; Neto, 1996; Fleming, 2001), não são apresentados aspectos clínicos e demográficos em relação aos Dependentes de Substâncias, como o número e tipo de tratamento (substituição por metadona, internamento em comunidade, desintoxicação, etc.) efectuado pelos adictos que, a nosso ver, poderiam dar uma visão mais completa sobre a situação do problema e inclusive ajudar a compreender melhor o seu impacto nas pessoas que prestam cuidados aos adictos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – Toxicodependência

1.1. Epidemiologia e Prevalência no Mundo e na Europa

Segundo avaliações do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), cerca de 200 milhões de pessoas no Mundo consomem um ou outro tipo de substância ilícita. A *cannabis* é a substância ilícita mais vulgarmente utilizada, seguida das anfetaminas, da cocaína e dos opiáceos. O consumo de substâncias ilícitas é uma actividade predominantemente masculina, muito mais do que o consumo de cigarros e de álcool. O consumo de substâncias é também mais prevalente entre jovens do que em grupos etários mais velhos. Entre 2000 e 2001, 2,7% da população mundial e 3,9% das pessoas com 15 anos ou mais consumiram *cannabis* pelo menos uma vez. Em muitos países desenvolvidos, com por exemplo no Canadá, EUA e países europeus, mais de 2% dos jovens indicaram ter consumido heroína e quase 5% fumado cocaína durante a sua vida. De facto, 8% dos jovens da Europa ocidental e mais de 20% dos jovens dos EUA informaram ter consumido pelo menos um tipo de substância ilícita além da *cannabis*. Há evidências de um rápido crescimento do consumo de estimulantes do tipo anfetamina entre adolescentes na Ásia e na Europa. O consumo de substâncias por injeção é também um fenómeno crescente, com implicações para o alastramento da infecção por HIV num número crescente de países (OMS, 2004).

O consumo regular e continuado de heroína, de droga injectada e, em alguns países, a utilização intensiva de estimulantes, são responsáveis por uma percentagem assinalável dos problemas de saúde e sociais associados à droga, na Europa. O número de indivíduos com este tipo de comportamento é baixo relativamente ao conjunto da população, mas o impacto do consumo problemático de droga é considerável. Em termos operacionais, o consumo problemático de droga é definido como sendo o consumo de droga injectada ou consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas (OEDT, 2005).

1.1.1. Depressores

Os depressores do SNC são prescritos em grandes quantidades, já que aproximadamente 90% de doentes hospitalizados em medicina/cirurgia recebem medicação hipnótica e/ou ansiolítica durante o internamento e mais de 15% de americanos adultos usam estas drogas durante, pelo menos, um período não inferior a um ano (O'Brien, 2005). Em apoio desta afirmação existem os resultados de um estudo que demonstra que mais de um em cada três americanos adultos teve

sintomas de insónia durante o ano anterior ao estudo, tendo esta situação como resultado que 2,6% usaram um hipnótico receitado, cerca de 1,7% usaram outras substâncias de prescrição médica para facilitar o sono e aproximadamente 3% tomaram medicamentos de venda livre (Rasu, Shenolikar, Nahata, & Balkrishnan, 2005). Estima-se que até 10% dos doentes em clínica geral/cirurgia e 30% dos indivíduos com história grave psiquiátrica já se sentiram, em algum momento, psicologicamente dependentes dos ansiolíticos ou hipnóticos, tendo-se detectado abuso em 47% deles (de las Cuevas, Sanz, & de la Fuente, 2003). De entre os depressores do SNC, as benzodiazepinas são os de maior utilização. Nos Estados Unidos, num só ano, prescrevem-se mais de 2 mil milhões de comprimidos, apenas de *diazepam* (Chaplin, 1988). Um estudo demonstrou que nesse ano 4% a 9% de adultos tinham tomado uma benzodiazepina durante, pelo menos, um mês, bem como 13% de estudantes do ensino superior. Embora o consumo esteja, na verdade, muito disseminado, estes números não indicam necessariamente abuso, já que estas substâncias são muito eficientes num curto espaço de tempo, podendo alguns pacientes tirar benefícios de uma utilização prolongada de doses fracas (Ladewig, 1992). Assim, aqueles que abusam de depressores integram-se em duas categorias – os que tomam a substância por prescrição médica e os que (pertencendo a uma “cultura de rua”) utilizam erradamente substâncias obtidas por meios ilegais. Quanto aos primeiros, podem existir riscos mais elevados entre os doentes psiquiátricos, especialmente os que sofrem de ansiedade (Pélissolo, et al., 2007). Um estudo revelou que 1/4 a 1/3 dos que usam drogas obtidas ilicitamente consomem hipnóticos ou ansiolíticos durante o primeiro mês em doses de 30-80 mg de *diazepam*, frequentemente misturados com outras drogas. Pelo menos, 10% dos indivíduos de ambas as categorias referidas relatam nas urgências de hospitais ou clínicas o consumo de *diazepam* (Schuckit, 1998).

1.1.2. Álcool

O álcool e o tabaco são semelhantes em vários aspectos: ambos são substâncias legais, ambos estão largamente disponíveis na maior parte do mundo, e ambos são comercializados de maneira agressiva por companhias multinacionais cujas campanhas de publicidade e promoção têm por objectivo os jovens. De acordo com o *Global Status Report on Alcohol*, o nível de consumo de álcool declinou nos últimos 20 anos em países desenvolvidos, mas está a aumentar em países em desenvolvimento, especialmente na Região do Pacífico Ocidental onde o consumo anual *per capita* entre adultos varia entre 5 e 9 litros de álcool puro, e também em países da antiga União Soviética. As taxas de consumo de álcool em países asiáticos são, até um certo ponto,

responsáveis pelo aumento da taxa em países em desenvolvimento. O nível de consumo de álcool nas Regiões da África, do Mediterrâneo Oriental e do Sudeste da Ásia é muito inferior (OMS, 2004).

1.1.3. Estimulantes do Sistema Nervoso Central

Segundo inquéritos nacionais recentemente realizados, entre 0,5% e 6% da população adulta reconhece ter experimentado cocaína pelo menos uma vez (isto é, ter experiência ao longo da vida de consumo desta substância), sendo a Itália (4,6%), a Espanha (4,9%) e o Reino Unido (6,8%) os países onde se registam as percentagens mais elevadas nesta matéria. De um modo geral, menos de 1% dos adultos refere ter consumido cocaína recentemente (últimos 12 meses); na maior parte dos países, esta percentagem varia entre 0,3% e 1%. Em Espanha e no Reino Unido, os índices de consumo recente são superiores a 2%. Embora os valores da prevalência do consumo de cocaína sejam muito inferiores aos valores comparáveis para a *cannabis*, os níveis de consumo entre os jovens adultos podem ser superiores às médias populacionais. A experiência ao longo da vida entre os indivíduos com idades dos 15 aos 34 anos varia entre 1% e 11,6%, registando-se os níveis mais elevados novamente em Espanha (7,7%) e no Reino Unido (11,6%). O consumo recente oscila entre 0,2% e 4,6%, apresentando a Dinamarca, a Irlanda, a Itália e os Países Baixos índices de aproximadamente 2%; em Espanha e no Reino Unido esses índices são superiores a 4%. O consumo de cocaína é mais elevado entre os indivíduos do sexo masculino. Por exemplo, os inquéritos realizados na Alemanha, Dinamarca, Espanha, Itália, Países Baixos e Reino Unido permitiram concluir que, entre a população masculina com idades compreendidas entre 15 e 34 anos, 5% a 13% apresentam experiência ao longo da vida. Em seis países, o consumo recente foi superior a 3%, comunicando a Espanha e o Reino Unido índices de 6% a 7%. Entre a população em geral, o consumo de cocaína ou é descontinuado após um período de experimentação durante a juventude adulta ou é ocasional, ocorrendo sobretudo aos fins-de-semana e em contextos recreativos (bares e discotecas). Porém, em alguns países, existem formas de consumo regular que podem não ser desprezáveis. O consumo actual (nos últimos 30 dias) é comunicado por 1,5% a 4% dos jovens do sexo masculino (15 aos 34 anos) em Espanha, Itália, Países Baixos e Reino Unido. É provável que nas zonas urbanas os índices de consumo de cocaína sejam substancialmente mais elevados. Num estudo recente realizado em várias cidades, a grande maioria (95%) dos denominados consumidores bem integrados socialmente (recrutados em discotecas, clubes ou contactos privados) cheirava cocaína; só uma ínfima parte já tinha

fumado ou injectado esta substância (Prinzleve, Haasen, & Zurhold, 2004). Um cálculo muito aproximado do consumo recente (prevalência no último ano) de cocaína, presumindo uma prevalência média de cerca de 1% da população adulta, indicará um valor de 3 a 3,5 milhões de pessoas na Europa. Os índices do consumo recente apontam para uma estimativa aproximada de cerca de 1,5 milhões de consumidores. Como elemento de comparação do exterior da Europa, no inquérito nacional sobre a saúde e o consumo de droga realizado pelos Estados Unidos em 2003, 14,7% dos adultos (a partir de 12 anos) referiram ter experiência ao longo da vida do consumo de cocaína e 2,5% disseram ter consumido cocaína nos últimos 12 meses. Entre a população com idades compreendidas entre 18 e 25 anos, os valores eram de 15% (longo da vida), 6,6% (últimos 12 meses) e 2,2% (último mês). Para a população masculina entre 18 e 25 anos, os valores eram de 17,4%, 8,2% e 2,9%, respectivamente (OEDT, 2005).

Globalmente, a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida é mais elevada entre a população dos EUA em geral do que nos países da Europa com prevalência mais elevada. Contudo, esta diferença não é tão evidente nas avaliações do consumo mais recentes, em que alguns países europeus já comunicam estimativas mais elevadas do que os valores americanos. No relatório mais recente do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, estima-se que a prevalência de consumidores de cocaína seja ao longo da vida de pelo menos 12 milhões ou cerca de 4% dos adultos europeus. O consumo no último ano foi de 4,5 milhões de adultos europeus ou um terço dos consumidores ao longo da vida, o consumo nos últimos 30 dias cerca de 2 milhões, sendo a variação no consumo no último ano por país de 0,1-3% (OEDT, 2007).

Os riscos que o consumo de cocaína apresenta para a saúde têm suscitado cada vez mais preocupação, em especial devido à tendência para o aumento do consumo recreativo observada em alguns países, sobretudo em locais (discotecas, clubes nocturnos) frequentados por grupos de jovens. Apesar de ser difícil calcular o número de mortes relacionadas com a cocaína, este cálculo pode ser um indicador valioso da existência de maiores riscos ou ajudar a identificar padrões de consumo de risco. Embora as mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de cocaína sem a presença de opiáceos pareçam ser pouco frequentes na Europa, é provável que as estatísticas actuais registem as mortes relacionadas com a cocaína de forma inadequada.

As informações disponíveis sobre estas mortes a nível europeu são limitadas e fornecidas de formas diferentes. O consumo de cocaína é frequente entre os consumidores de opiáceos, sendo comum encontrar cocaína nas análises toxicológicas dos casos de *overdose* de opiáceos,

em conjunto com outras substâncias como o álcool e as benzodiazepinas. Vários países comunicaram informações sobre as mortes relacionadas com a cocaína em 2003 (relatórios nacionais Reitox): Alemanha (25 casos unicamente atribuíveis à cocaína e 93 envolvendo cocaína conjuntamente com outras drogas; em 2002, os valores correspondentes foram de 47 e 84), França (10 mortes atribuíveis unicamente à cocaína e uma em associação com um medicamento), Grécia (dois casos devidos à cocaína), Hungria (quatro mortes devidas a *overdose* de cocaína), Países Baixos (17 mortes devidas à cocaína em 2003, com uma tendência crescente entre 1994, com dois casos, e 2002, com 37 casos), Áustria (foi detectada cocaína em 30% das mortes relacionadas com droga, mas apenas em três casos não estava associada a outras drogas e num caso houve associação com gás), Portugal (foi detectada cocaína em 37% das mortes relacionadas com a droga) e Reino Unido (as “menções” de cocaína em certificados de óbito aumentaram de 85 em 2000, para 115 em 2001 e 171 em 2002, tendo octuplicado no período de 1993 a 2001). No seu relatório nacional Reitox relativo a 2003, a Espanha comunicou que, em 2001, a cocaína estava presente em 54% das mortes relacionadas com a droga; em 39 casos (8% das mortes relacionadas com a droga) a morte verificou-se sem associação a opiáceos, sendo 21 deles causados apenas por cocaína e cinco por cocaína e álcool. Apesar das limitações da informação disponível, a cocaína parece ter desempenhado um papel determinante em 1% a 15% das mortes relacionadas com a droga, nos países em condições de diferenciar os tipos de droga causadores da morte, comunicando vários delas (Alemanha, Espanha, França e Hungria) percentagens de cerca de 8% a 12% das mortes relacionadas com a droga. Embora seja muito difícil extrapolar estes resultados para o conjunto da Europa, estas percentagens poderão equivaler a várias centenas de mortes relacionadas com a cocaína por ano, ao nível da UE. Entre os países que forneceram dados, foram identificadas mais de 400 mortes relacionadas com o consumo de cocaína tanto nos relatórios nacionais de 2006 como nos de 2005 (OEDT, 2007).

Não obstante os valores serem muito mais baixos do que os das mortes causadas pelos opiáceos, as mortes relacionadas com a cocaína constituem um problema grave e que poderá estar a aumentar; nos poucos países relativamente aos quais se podem estimar as tendências, estas são geralmente crescentes. Além disso, a cocaína pode contribuir para a ocorrência de morte devido a problemas cardiovasculares (arritmias, enfarte do miocárdio, hemorragias cerebrais), sobretudo em consumidores com predisposição, que consomem há mais tempo e que combinam o uso com outras substâncias (álcool e heroína) (OEDT, 2005, 2007).

Os inquéritos à população têm demonstrado, tradicionalmente, que as anfetaminas são a substância ilegal mais consumida a seguir à *cannabis*, embora a prevalência global do consumo de anfetaminas seja claramente inferior ao desta última. Este padrão parece estar actualmente a mudar em muitos países, com o *ecstasy* a ultrapassar as anfetaminas e a ocupar o segundo lugar a seguir à *cannabis*, tanto nos inquéritos à população em geral como nos inquéritos escolares mais recentes. Por exemplo, os inquéritos escolares realizados em 2003 concluíram que as estimativas da prevalência ao longo da vida relativas ao consumo de *ecstasy* excediam as relativas às anfetaminas em 14 dos Estados-Membros da UE, Noruega e países candidatos. No entanto, vale a pena recordar que o *ecstasy* só se tornou popular na década de 1990, ao passo que o consumo de anfetaminas tem uma história mais longa. Esta circunstância reflecte-se nos recentes inquéritos à população adulta, que revelaram valores mais elevados para a experiência de anfetaminas ao longo da vida em 11 países e para a de *ecstasy* em 10 países, mas um consumo recente (últimos 12 meses) mais elevado de *ecstasy* em 15 países e de anfetaminas em apenas cinco países (dois deles notificaram valores idênticos) (OEDT, 2005).

De acordo com inquéritos recentes, o consumo de anfetaminas ao longo da vida entre todos os adultos (15 aos 64 anos), nos Estados-Membros da UE, varia entre 0,1% e 6%, excepto no Reino Unido, onde chega a atingir 12%. O consumo recente é claramente inferior, variando entre 0% e 1,5%, com a Dinamarca, a Estónia e o Reino Unido no topo da escala. Embora os dados do consumo ao longo da vida relativos ao Reino Unido sejam consideravelmente mais elevados do que os registados noutros países, as taxas de prevalência do consumo recente de anfetaminas (nos últimos 12 meses) são muito semelhantes às mencionadas por estes e continuam a diminuir globalmente. Nos inquéritos de 2003, são comunicados novos dados sobre o consumo de anfetaminas entre os estudantes de 15 e 16 anos. A prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida oscila entre menos de 1% e 7%; sendo as estimativas nacionais mais elevadas para o consumo recente e actual (últimos 30 dias) desta droga de 4% e 3%, respectivamente. Cerca de 0,2 a 6,5% da população adulta já experimentou o *ecstasy*, situando-se as percentagens relativas à maioria dos países entre 1% e 4%. O consumo recente é mencionado por 0 a 2,5% dos adultos, apresentando a Espanha, a República Checa e o Reino Unido as percentagens de prevalência mais elevadas. (OEDT, 2005).

Entre os jovens adultos (15-34 anos) o consumo ao longo da vida de anfetaminas varia, segundo os dados fornecidos, entre 0,2 e 16,8%. Porém, se os dados do Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) (16,8%) e Dinamarca (12,7%) forem considerados separadamente, a variação

limita-se a 0,2-5,9%. Metade dos países que forneceram dados tem taxas de prevalência inferiores a 4%, sendo as taxas mais elevadas, a seguir às do Reino Unido e da Dinamarca, referidas pela Noruega (5,9%), Alemanha (5,4%) e Letónia (5,3%). Uma média de 5,1% dos jovens adultos europeus experimentou anfetaminas. O consumo no último ano neste grupo etário varia entre 0,1% e 2,9%, sendo os valores mais elevados comunicados pela Estónia (2,6%), Reino Unido (2,6%) e Letónia (2,4%). Note-se que, quando o consumo no último ano é tido em conta, os valores do Reino Unido e da Dinamarca são mais consentâneos com os de outros países. Estima-se que, em média, 1,5% dos jovens adultos europeus consumiram anfetaminas no último ano. A Finlândia é o único país que pode apresentar uma estimativa recente do consumo problemático de anfetaminas, que em 2002 variava, segundo as estimativas, entre 10 900 e 18 500 consumidores problemáticos de anfetaminas (3,1 a 5,3 casos por 1 000 pessoas entre os 15 e os 64 anos), um número correspondente a cerca do triplo dos consumidores problemáticos de opiáceos (OEDT, 2007).

Sendo o consumo de *ecstasy* um fenómeno predominantemente juvenil, convém analisar as taxas de prevalência no intervalo etário dos 15 aos 24 anos e entre os estudantes de 15 e 16 anos. No grupo etário dos 15 aos 24 anos, as taxas da experiência ao longo da vida variam entre 0,4% e 13%, ao passo que as taxas relativas ao consumo recente oscilam entre 0,3% e 11%. Além disso, como as taxas de consumo de droga neste grupo etário são mais elevadas nos indivíduos do sexo masculino do que nos indivíduos do sexo feminino, a maioria dos países refere taxas de experiência ao longo da vida de 4% a 16% e de consumo recente entre 2% e 8%, entre os indivíduos do sexo masculino dos 15 aos 24 anos. Por último, os valores relativos ao consumo actual (nos últimos 30 dias), incluindo o consumo regular, foram comunicados por sete países e variavam entre 2% e 5%, o que sugere que 1 em 20 a 50 indivíduos do sexo masculino entre os 15 e os 24 anos consome *ecstasy* regularmente. Estes valores serão provavelmente mais elevados nas zonas urbanas e, em especial, entre os frequentadores de discotecas e outros locais de diversão (Butler & Montgomery, 2004).

As estimativas da prevalência do consumo de *ecstasy* são consideravelmente mais baixas para os estudantes de 15 a 16 anos do que para os jovens dos 15 aos 24 anos. A prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida entre os estudantes inquiridos varia entre 0% e 8%, com taxas ainda mais baixas de consumo recente (0% a 4%) e actual (0% a 3%). Na maior parte dos países, as estimativas do consumo actual situam-se entre 1% e 2%, apresentando poucas

diferenças entre os sexos. Como elemento de comparação, no inquérito nacional sobre o consumo de droga e a saúde realizado em 2003 nos Estados Unidos, 4,6% dos adultos (pessoas a partir dos 12 anos) comunicaram ter experimentado *ecstasy* ao longo da vida e 0,9% tê-lo consumido recentemente. Das pessoas no intervalo etário dos 18 aos 25 anos que responderam ao mesmo inquérito, 14,8% disseram ter experimentado *ecstasy* ao longo da vida, 3,7% tê-lo consumido recentemente e 0,7% actualmente (no último mês) (OEDT, 2005). O relatório mais recente da EU refere uma variação no último ano por país entre os 0,2% e os 3,5% (OEDT, 2007).

O consumo de estimulantes do tipo das anfetaminas (ATS) raramente está na base da procura de tratamento da toxicodependência. Existem, todavia, algumas excepções: na Finlândia, República Checa e Suécia, os ATS e, especificamente, mais as anfetaminas do que o *ecstasy*, representam entre 18% e mais de 50% da procura total de tratamento primário. Na República Checa, mais de 50% da procura de tratamento registada relaciona-se com problemas de dependência principal de metanfetaminas. Este facto reflecte-se igualmente nos novos pedidos de tratamento, situação que também se verifica na Eslováquia (60). Além disso, 11% dos novos utentes europeus em busca de tratamento mencionam os ATS como droga secundária (OEDT, 2005).

Quando comparadas com as mortes relacionadas com os opiáceos, as mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* são relativamente raras, mas em alguns países não podem ser consideradas insignificantes e a sua monitorização deveria ser melhorada. A expressão “morte relacionada com o consumo de *ecstasy*” poderá significar que a substância foi mencionada na certidão de óbito ou que foi detectada (frequentemente em conjunto com outras drogas) através de análise toxicológica. Embora os procedimentos de comunicação de dados não estejam harmonizados, os dados dos relatórios nacionais Reitox relativos a 2004 sugerem que as mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* são raras na maioria dos países da UE, muito em especial os casos em que o *ecstasy* é a única droga envolvida. Em 2003, vários países notificaram mortes associadas ao *ecstasy*: Áustria (uma morte unicamente relacionada com o *ecstasy*), República Checa (uma morte provavelmente devida a uma *overdose* de MDMA), França (oito casos associados ao *ecstasy*), Alemanha (dois casos associados unicamente ao *ecstasy* e oito envolvendo *ecstasy* combinado com outras drogas - com os valores correspondentes de 8 e 11 em 2002), Portugal (detectado em 2% das mortes relacionadas com a droga) e o Reino Unido

(o *ecstasy* é “mencionado” em 49 certidões de óbito em 2000, 76 em 2001 e 75 em 2002). Os Países Baixos comunicaram sete mortes devidas a intoxicação aguda com psicoestimulantes, embora a substância em causa não tenha sido mencionada. Poucos países apresentam dados sobre o recurso às urgências hospitalares associado ao consumo de *ecstasy*. Em Amesterdão, o número de casos de emergências não fatais (relatório nacional dos Países Baixos) atribuíveis ao consumo de *ecstasy* manteve-se estável entre 1995 e 2003 (o mesmo acontecendo com os casos associados ao consumo de anfetaminas), ao passo que as emergências causadas pelos cogumelos alucinogénios e o gama-hidroxibutirato (GHB) aumentaram. Na Dinamarca (relatório nacional), o número de contactos hospitalares atribuíveis a intoxicação com estimulantes aumentou de 112 casos em 1999 para 292 casos em 2003; o número destes contactos hospitalares associado ao consumo de *ecstasy* aumentou acentuadamente entre 1999 e 2000, mas sem mostrar uma tendência clara subsequente, ao passo que o número de contactos associados ao consumo de anfetaminas aumentou constantemente ao longo deste período (OEDT, 2005). Mais recentemente, as mortes em que a substância é mencionada continuam a ser pouco frequentes, mas suscitaram grande preocupação quando começaram a ser noticiadas há alguns anos, dado ocorrerem, muitas vezes, de forma inesperada e vitimarem jovens socialmente bem integrados. Os poucos dados disponíveis nos relatórios nacionais Reitox de 2006 sugerem que as mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* se mantêm em níveis semelhantes aos mencionados nos anos anteriores. Na Europa em geral, houve referências a 78 mortes envolvendo o *ecstasy* (OEDT, 2007).

1.1.4. Opiáceos

Os cálculos da prevalência do consumo problemático de droga a nível nacional, no período de 1999 a 2003, situam-se entre 2 e 10 casos por cada 1000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos (utilizando os pontos médios das estimativas) ou até 1% da população adulta (OEDT, 2003), tendo a prevalência diminuído nos anos mais recentes para entre 1 e 8 casos por cada 1000 habitantes (OEDT, 2007). A prevalência parece apresentar grandes diferenças entre os países, embora nos casos em que foram utilizados métodos diferentes dentro do mesmo país os resultados sejam em grande medida coerentes. As estimativas mais elevadas foram as comunicadas pela Dinamarca, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Áustria, Portugal, Espanha e Reino Unido (6 a 10 casos por 1000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos), e as taxas mais baixas foram comunicadas pela Alemanha, Grécia, Países Baixos e Polónia

(menos de quatro casos por 1000 habitantes com idades entre 15 e 64 anos). De entre os novos Estados-Membros da UE e países candidatos, só nos chegaram cálculos bem documentados da Eslovénia, Polónia e República Checa, com valores que se situam na média ou abaixo da média do referido intervalo de variações, ou seja, 3,6, 1,9 e 5,3 por 1000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, respectivamente. A média ponderada de consumidores problemáticos de droga na UE situa-se provavelmente entre quatro e sete casos por cada 1000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, o que se traduz em 1,2 a 2,1 milhões de consumidores problemáticos de droga na UE, dos quais cerca de 850000 a 1,3 milhões são consumidores activos de droga injectada. Contudo, estas estimativas estão longe de estar adequadamente fundamentadas e terão de ser revistas quando existirem mais dados disponíveis provenientes dos novos Estados-Membros. As estimativas locais e regionais sugerem que a prevalência de consumidores problemáticos de droga pode variar muito consoante a cidade e a região. As estimativas de prevalência locais mais elevadas, no período de 1999-2003, são comunicadas pela Irlanda, Portugal e o Reino Unido, com índices que atingem 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro) e 25 (partes de Londres), até 29 (Dundee) e 34 (Glasgow) CDI por cada 1000 habitantes. A variabilidade geográfica é, todavia, acentuada a nível local, sendo a prevalência noutra zona de Londres estimada em 6 habitantes por cada 1000. Estes dados apontam para a necessidade de aumentar a disponibilidade de estimativas de prevalência locais fiáveis em muitos outros países, onde podem existir taxas de prevalência locais ou regionais particularmente elevadas (ou baixas) mas que não estão a ser medidas (OEDT, 2005). Para além disso, existem dados que apontam para a progressiva substituição do consumo da heroína por opiáceos sintéticos, tal como a metadona (OEDT, 2007).

Os consumidores de droga injectada (CDI) correm elevados riscos de sofrer consequências adversas, impondo-se por conseguinte considerar o consumo de droga injectada em separado, como uma categoria nuclear do consumo problemático de droga. Apesar da sua importância em termos de saúde pública, poucos países fornecem estimativas nacionais ou locais sobre o consumo de droga injectada. As estimativas disponíveis a nível nacional variam entre 1 e 6 casos por cada 1000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, o que indica a existência de diferenças importantes entre os países na prevalência do consumo de droga injectada. O Luxemburgo é o Estado-Membro da UE que apresenta as estimativas nacionais mais elevadas de consumidores de droga injectada, com taxas de cerca de seis casos por cada 1000

habitantes entre os 15 e os 64 anos de idade, ao passo que a Grécia comunica a estimativa mais baixa, com pouco mais de 1 caso por 1000 habitantes.

Embora as estimativas da prevalência do consumo de droga injectada sejam escassas, há indícios de uma prevalência crescente a partir de 1999 na Noruega, enquanto em Portugal diferentes métodos de cálculo sugerem tendências diferentes.

A maioria das estimativas disponíveis sobre o consumo de droga injectada é calculada a partir das taxas de *overdoses* fatais ou dos dados relativos às doenças infecto-contagiosas (como o VIH). Regista-se uma variação considerável entre os diversos países, oscilando as estimativas nacionais, normalmente, entre 0,5 e seis casos por 1000 habitantes dos 15 aos 64 anos, no período de 2001 a 2005. A Estónia constitui uma excepção, tendo comunicado uma estimativa muito mais elevada de 15 casos por mil habitantes. Dos outros países que puderam fornecer dados, as estimativas mais elevadas foram comunicadas pela República Checa, a Eslováquia, a Finlândia e o Reino Unido, que referem entre quatro e cinco casos por 1000 habitantes dos 15 aos 64 anos, e os valores mais baixos são de Chipre, Hungria e Países Baixos, com menos de um caso por mil habitantes. A extrapolação a partir dos poucos dados disponíveis deve ser efectuada com prudência, mas sugere, mesmo assim, uma prevalência média de consumidores de droga injectada (actuais) de três a quatro casos por mil habitantes adultos. Isto significaria que poderão existir cerca de 1,1 milhões (0,9 - 1,3 milhões) de consumidores de droga injectada na UE e na Noruega, actualmente. Estes são, predominantemente, consumidores de opiáceos, embora também possam injectar outras drogas, e alguns países mencionam um problema significativo de consumo de anfetaminas ou metanfetaminas injectadas (República Checa, Eslováquia, Finlândia, Suécia) (OEDT, 2007).

A análise dos índices de consumidores de heroína injectada em tratamento revela acentuadas diferenças entre países, bem como tendências variáveis ao longo do tempo. Em alguns países (Espanha, Países Baixos e Portugal), a percentagem de consumidores de heroína que se injectam é relativamente pequena, ao passo que na maior parte dos outros países o consumo de heroína por via endovenosa continua a ser a regra. Em alguns dos Estados-Membros mais antigos da EU relativamente aos quais existem dados disponíveis (Dinamarca, Espanha, França, Grécia, Itália e Reino Unido), os índices de consumo por injeção entre os consumidores de heroína em tratamento diminuíram. Todavia, na maior parte dos novos Estados-Membros da União, pelo menos naqueles relativamente aos quais existem dados disponíveis, quase todos os consumidores de heroína o fazem por via endovenosa. A epidemia do VIH está a alastrar

fortemente entre os consumidores de droga injectada nos novos Estados-Membros da UE da região do Báltico, na sequência de uma epidemia em grande escala na Europa Oriental. Os índices de novos casos diagnosticados atingiram um pico na Estónia e Letónia em 2001 e na Lituânia em 2002, mas diminuíram drasticamente nos últimos tempos. Este padrão é típico da epidemia do VIH entre os consumidores de droga injectada. Surge porque o grupo central de consumidores de droga injectada em maior risco fica infectado num curto espaço de tempo, seguindo-se uma diminuição da incidência por falta de consumidores susceptíveis e depois uma estabilização num nível que depende da taxa de recrutamento de novos consumidores de droga injectada em alto risco. No entanto, não pode excluir-se a hipótese de um efeito adicional da mudança de comportamentos e, se esta se verificar, poderá dever-se em parte a intervenções específicas (OEDT, 2005).

Nos Estados-Membros da UE-15, os índices de casos de VIH recentemente diagnosticados mantiveram-se baixos nos últimos anos, com excepção de Portugal. No entanto, as comparações ao nível da União Europeia são incompletas pois continua a não haver dados disponíveis sobre a notificação de casos de VIH (Espanha e Itália) ou só agora começam a estar disponíveis (França) em alguns dos países mais afectados pela SIDA. Portugal revelou um índice muito elevado de 88 casos por milhão de habitantes em 2003, mas também uma grande diminuição desde o ano 2000 (em que o índice foi de 245 por milhão). Esta diminuição deve ser interpretada com cuidado pois a comunicação de dados a nível europeu só foi implementada em Portugal no ano 2000 (OEDT, 2005). Isto é, apesar da tendência decrescente, registaram-se 703 novos casos, sendo o segundo país com maior número de infectados (OEDT, 2008).

A partir dos dados disponíveis em relação à notificação de casos e à seroprevalência, bem como das estimativas do número de consumidores de droga injectada e de consumidores problemáticos de droga, estima-se que, na União Europeia, poderá haver cerca de 100.000 a 200.000 pessoas que vivem com o VIH e que já consumiram, alguma vez, droga injectada. Estima-se que o número de novos casos de VIH diagnosticados entre os consumidores de droga injectada ronde actualmente 3500 por ano na UE (OEDT, 2007).

O termo “mortes relacionadas com o consumo de droga” é utilizado para denominar as mortes directamente causadas pelo consumo de uma ou mais drogas e que se verificam pouco depois do consumo da(s) substância(s). Estas mortes são denominadas “overdoses”,

“envenenamento” ou “mortes induzidas pela droga”. Os opiáceos estão presentes na maioria dos casos de “mortes relacionadas com o consumo de droga” causadas por substâncias ilegais registados na UE, embora muitas vezes também sejam identificadas outras substâncias durante o exame toxicológico, em particular o álcool, as benzodiazepinas e, em alguns países, a cocaína. Entre 1990 e 2006, foram registadas cerca de 130 mil mortes provocadas por *overdoses* ou intoxicações, originadas pelo consumo excessivo de drogas (OEDT, 2008). Estes valores podem ser considerados como estimativas mínimas dada a probabilidade de, em muitos países, existir défice de notificação (OEDT, 2005). Dados mais recentes apontam para 7500 mortes por ano devido a *overdoses*, tendo sido detectados opiáceos em 70% dos casos (OEDT, 2007).

A *overdose* de opiáceos é uma das principais causas de morte entre os jovens da Europa, em especial entre os jovens urbanos do sexo masculino (OEDT, 2003). Actualmente, a *overdose* também é a principal causa de morte entre os consumidores de opiáceos no conjunto da UE; por exemplo, em 2001, os Estados-Membros da UE-15 comunicaram 8347 mortes relacionadas com a droga, em comparação com 1633 mortes devido à SIDA, entre os CDI, embora os custos e os eventuais problemas a longo prazo da infecção pelo VIH não devam ser esquecidos. A maioria dos consumidores de drogas que tomam doses excessivas é do sexo masculino, correspondendo a 60% a 100% dos casos, e na maior parte dos países essa percentagem varia entre 75 e 90%. A maioria das vítimas de *overdose* tem entre 20 e 30 anos de idade, situando-se a média de idades por volta dos 35 anos (intervalo etário dos 22 aos 45 anos). A média de idades mais baixa verifica-se em vários dos novos Estados-Membros (Estónia, Letónia, Lituânia e Roménia), sendo em muitos deles a percentagem de vítimas de *overdose* com menos de 25 anos relativamente elevada, o que poderá reflectir a existência de uma população consumidora de heroína mais jovem nestes países (OEDT, 2005, 2008).

A mortalidade global entre os consumidores de opiáceos chega a ser 20 vezes ou mais superior à da população em geral do mesmo nível etário. Esta mortalidade acrescida é particularmente elevada entre os CDI. Apesar da baixa prevalência da dependência de opiáceos, este problema tem um impacto significativo na mortalidade dos jovens adultos na Europa. Nas causas da mortalidade entre os consumidores de opiáceos incluem-se não só as *overdoses*, mas também a SIDA e outras doenças infecto-contagiosas, bem como causas de morte externas (acidentes, violência, suicídios, etc.). A principal causa de morte entre as coortes com uma baixa prevalência da infecção pelo VIH é a *overdose*. As mortes causadas pela SIDA diminuíram substancialmente nos últimos anos, mesmo entre as coortes com uma prevalência elevada de

infecção pelo VIH, devido a uma maior oferta do tratamento HAART a partir de 1995 (OEDT, 2005).

À medida que os consumidores de opiáceos envelhecem, a mortalidade aumenta progressivamente pois as mortes causadas por doenças crónicas (como a cirrose, o cancro, doenças respiratórias, endocardite, SIDA) somam-se às mortes por *overdose* e por causas externas, como o suicídio e a violência (relatório nacional dos Países Baixos). Além disso, as condições de vida e outros factores que não o consumo de droga propriamente dito (situação de sem-abrigo, doenças mentais, violência, subnutrição, etc.) podem contribuir substancialmente para a elevada mortalidade entre os consumidores de droga. Alguns estudos demonstram que a mortalidade entre os doentes psiquiátricos é quatro vezes mais elevada do que a da população em geral e que a mortalidade entre os sem-abrigo também é três ou quatro vezes superior à da população em geral (OEDT, 2005).

No que diz respeito à criminalidade relacionada com o abuso de drogas verificou-se que entre 1998 e 2003, o número de relatórios de infracções à legislação em matéria de droga aumentou na maioria dos Estados-Membros da UE. Esse aumento foi particularmente significativo (duas vezes, ou mais) na Estónia e na Polónia. No entanto, o número de relatórios diminuiu, em 2003, na Bélgica, Espanha, Itália (desde 2001) e Áustria, Eslovénia, Hungria e Malta (desde 2002) (OEDT, 2005).

Na maioria dos Estados-Membros da UE, a maior parte das infracções registadas à legislação em matéria de droga manteve-se relacionada com o consumo e a posse de droga, variando entre 39% de todas as infracções à legislação em matéria de droga, na Polónia e 87% na Áustria e no Reino Unido. No Luxemburgo e na República Checa, 46% e 91%, respectivamente, das infracções registadas à legislação em matéria de droga tinham a ver com a compra e venda na rua (*dealing*) ou o tráfico de droga, enquanto em Itália e Espanha (onde o consumo e a posse de droga para consumo próprio não são considerados delitos penais) todos os crimes relacionados com a droga estão relacionados com a compra e venda na rua (*dealing*) e o tráfico. Por último, em Portugal e Noruega, 59% das infracções relacionavam-se com o consumo e tráfico de droga. Na totalidade dos países relativamente aos quais existem dados disponíveis, com a excepção de Portugal, a percentagem das infracções à legislação em matéria de droga registadas relacionadas com o consumo/posse para consumo próprio aumentou ao longo do quinquénio de 1998 – 2003. A taxa de aumento foi geralmente baixa, embora se tenham registado tendências

mais nítidas de aumento na Bélgica, na Eslovénia e no Luxemburgo, bem como na Irlanda até 2001. Em Portugal, a percentagem de infracções à legislação em matéria de droga começou a diminuir em 2000, um ano antes da despenalização do consumo e da posse para consumo próprio, em Julho de 2001. Em 2003, foram comunicadas diminuições na Áustria, Eslovénia, Luxemburgo e República Checa (OEDT, 2005).

Na maioria dos Estados-Membros, a *cannabis* continuou a ser a droga ilícita mais frequentemente envolvida nas infracções à legislação em matéria de droga comunicadas. Nos países em que isso se verificou, as infracções relacionadas com a *cannabis* em 2003 representaram entre 39% (Itália) e 87% (França) de todas as infracções à legislação em matéria de droga. Nos Países Baixos, predominaram as infracções envolvendo “drogas duras” (58%), ao passo que na República Checa a maioria das infracções à legislação em matéria de droga estava relacionada com as anfetaminas (48%). Desde 1998 que a percentagem de infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com a *cannabis* tem vindo a aumentar na Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Lituânia, Luxemburgo, Malta e Portugal, mas permaneceu globalmente estável na Bélgica, Eslovénia, Países Baixos, Reino Unido, República Checa e Suécia, e apresentou uma diminuição na Áustria e em Itália. No mesmo período, a percentagem de crimes relacionados com a heroína decresceu na totalidade dos Estados-Membros da UE relativamente aos quais existem dados disponíveis, excepto na Áustria e no Reino Unido, onde aumentou. Pelo contrário, a percentagem dos crimes relacionados com a cocaína em relação a todos os crimes associados à droga aumentou desde 1998 na totalidade dos países que forneceram dados, com excepção da Alemanha, países nos quais se registaram tendências decrescentes (OEDT, 2005).

1.1.5. Dados Epidemiológicos em Portugal

Os resultados dos estudos epidemiológicos nacionais realizados em 2001 entre a população portuguesa dos 15-64 anos, a população escolar do 3.º Ciclo do Ensino Básico e a população reclusa, evidenciaram a *cannabis* com as mais elevadas prevalências de consumo entre aquelas populações. A nível da referida população escolar e comparativamente com estudos anteriores, constatou-se um aumento e uma maior difusão regional dos consumos de várias substâncias. No âmbito do estudo sobre estimativas da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal, a heroína, muitas vezes associada à cocaína ou base de cocaína, surgiu como a droga predominante a nível dos consumos problemáticos. Mais recentemente e no contexto da população escolar, também os resultados dos estudos realizados,

apresentaram prevalências de consumo de *cannabis* bem mais elevadas que as das outras drogas. Por outro lado, comparativamente aos estudos equivalentes realizados anteriormente, ambos os estudos evidenciaram aumentos dos consumos das várias drogas, com excepção da heroína que se posicionou como uma das drogas com as menores prevalências de consumo (IDT, 2004b).

No estudo publicado em 2003 sobre consumos problemáticos de drogas em populações ocultas, a *cannabis* e a heroína surgiram como as drogas com maior relevância entre aquelas populações, sendo o consumo de *cannabis* mais importante na zona *up* e o de heroína na zona *down*. Na zona *down*, a heroína é, isolada ou associada à base de cocaína, a droga central em percursos de longa toxicodependência e a *cannabis* tem maior relevância nos períodos anterior e posterior à fase de dependência opiácea. Na zona *up*, onde existe um consumo muito mais exploratório de uma grande variedade de substâncias, a *cannabis* e a cocaína inalada são as duas substâncias com consumos mais importantes, correspondendo o consumo de heroína a um período específico na trajectória dos vários consumos individuais (Fernandes & Carvalho, 2003). Durante o ano de 2004, estiveram integrados na rede pública de tratamento da toxicodependência 19260 utentes em programas de substituição opiácea (64% dos utentes em tratamento), representando um aumento de 14% relativamente a 2003 e reforçando a tendência de crescimento verificada ao longo dos últimos anos. A 31/12/2004, estavam integrados neste tipo de programas 14581 utentes, 72% com metadona e 28% com buprenorfina, tendo sido estas percentagens em 2003, respectivamente de 78% e 22% (IDT, 2004b). Em 2006 estiveram integrados 32460 utentes em ambulatório na rede pública, 4745 dos quais em primeiras consultas, o valor mais elevado de sempre. Na rede pública e convencionada estiveram internados 2671 utentes em Unidades de Desabilitação (UD) e 3146 em Comunidades Terapêuticas (CT), e 400 utentes frequentaram os Centros de Dia (CD). Na rede licenciada sem convenção estiveram internados 388 utentes em UD e 1082 em CT, e 208 utentes frequentaram os CD (IDT, 2007).

A nível regional, foram os distritos de Lisboa e do Porto, seguidos de Setúbal, Faro, Braga e Aveiro, que em 2004 registaram o maior número de utentes em tratamento na rede pública de tratamento da toxicodependência, tendo Faro, Beja, Setúbal e Bragança, registado as mais elevadas taxas destes utentes por habitantes. Lisboa, Porto, Faro e Setúbal, foram os distritos com o maior número de utentes em primeiras consultas naquela rede, surgindo as maiores taxas destes utentes por habitantes de 15-39 anos em Faro, Beja, Bragança e Lisboa (IDT, 2004b).

No que respeita aos consumos dos utentes que recorreram em 2006 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal dos utentes em tratamento da toxicodependência, apesar da maior visibilidade nos últimos anos de outras substâncias, como a cocaína, a *cannabis* e o álcool (IDT, 2007). Na administração da droga principal, continua a predominar a via fumada/inalada, variando nestas populações entre 25% a 52% as referências à utilização da via endovenosa. É de destacar a diminuição da prática de consumo endovenoso entre os utentes em primeiras consultas na rede pública de tratamento da toxicodependência: em 2004, 25% destes utentes referiram o consumo endovenoso no último mês anterior à consulta, tendo sido estas percentagens de 28% em 2003 e 2002, e, de 32%, 36% e de 45%, respectivamente em 2001, 2000 e 1999 (IDT, 2004b).

Relativamente ao perfil sociodemográfico destes utentes, uma vez mais eram na sua maioria do sexo masculino e com idades entre os 25-39 anos, persistindo o gradual envelhecimento destas populações, designadamente dos utentes em primeiras consultas na rede pública. Com maior frequência, continuam a ser populações com baixas habilitações literárias e situações laborais precárias. Quanto às doenças infecciosas, cerca de 48% do total acumulado de notificações de infecção pelo VIH eram casos associados à toxicodependência, percentagem que tem vindo a decrescer nos últimos anos. Considerando os vários estádios da doença, os casos associados à toxicodependência representavam, respectivamente 50%, 43% e 48% do total acumulado de notificações de casos de SIDA, de Complexo Relacionado com SIDA e de Portadores Assintomáticos, percentagens que têm vindo a diminuir. Uma vez mais foi reforçada a tendência decrescente da percentagem de toxicodependentes no conjunto de casos com diagnóstico de SIDA: 62%, 58%, 56%, 54%, 48%, 42% e de 39% dos casos diagnosticados respectivamente em 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 (IDT, 2004b). Entre as populações em tratamento da toxicodependência em 2006, os valores de positividade para o VIH (11% - 22%), Hepatite B (3% - 9%), Hepatite C (42% - 54%) e Tuberculose (0.4% - 3%), enquadraram-se de um modo geral, nos padrões registados desde 2000. No âmbito das notificações da infecção VIH/SIDA, foi uma vez mais reforçada a tendência proporcional decrescente dos casos associados à toxicodependência a nível dos vários estádios da infecção (IDT, 2007).

Entre os grupos de utentes que recorreram, em 2004, às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, as percentagens de positividade para o VIH variaram entre os

12% e os 28%. Em 2003 estas percentagens situaram-se entre os 15% e os 25%, em 2002 entre os 11% e os 21% e em 2001 entre os 14% e os 19%. Ao longo dos anos, foram sempre os utentes em primeiras consultas que apresentaram as mais baixas percentagens de positividade para o VIH e, em contrapartida, os utentes dos Centros de Dia que apresentaram as mais elevadas. Para além das oscilações anuais registadas, verifica-se nos últimos anos uma estabilidade a nível das percentagens de positividade para o VIH nestas populações, com excepção do crescimento verificado a nível dos utentes que têm frequentado os Centros de Dia. Em 2004, as percentagens de toxicodependentes seropositivos que se encontravam com terapêutica antiretroviral variaram entre os 19% e os 68% nestas populações, sendo de um modo geral inferiores às registadas nos últimos anos. Entre estas populações toxicodependentes, as percentagens de positividade para a Hepatite B variaram entre os 3% e os 9% e para a Hepatite C entre os 44% e os 62%. Em 2003 as percentagens de positividade para a Hepatite B situaram-se entre os 3% e os 10%, em 2002 entre os 8% e os 10% e em 2001 entre os 3% e os 9%. No caso da Hepatite C, as percentagens de positividade variaram em 2003 entre os 44% e os 62%, em 2002 entre os 45% e os 64% e em 2001 entre os 39% e os 58%. Esta evolução sugere, sobretudo no caso da Hepatite B, uma tendência para um ligeiro decréscimo, sendo no entanto necessária a contextualização destes valores em períodos temporais mais alargados. Nestas populações, as percentagens de positividade para a Tuberculose variaram em 2004 entre os 1% e os 4%, valores que se enquadram no padrão dos últimos anos (1% - 3% em 2003, 1% - 4% em 2002 e 1% - 3% em 2001) (IDT, 2004b).

A nível das mortes, isto é, casos com resultados positivos nos exames toxicológicos de drogas efectuados a nível do INML, em 2006 foram registados 216 casos, tendo vindo consolidar o aumento verificado em 2005, contrariamente à tendência registada desde 2000, ou seja, decréscimo entre 2000 e 2002 e posterior estabilidade até 2004. Uma vez mais predominaram os opiáceos entre as substâncias detectadas, sendo de assinalar em 2006 o aumento de casos com a presença de canabinóides. (IDT, 2007). Entre as substâncias detectadas uma vez mais predominaram os opiáceos, seguindo-se-lhes a cocaína e os canabinóides, presentes respectivamente em 62%, 35% e 27% dos casos registados em 2006. É de assinalar comparativamente a 2005, o acréscimo do número de casos com canabinóides, contrariamente aos decréscimos verificados a nível da cocaína e dos opiáceos. Em cerca de 8% dos casos foi detectada a presença de metadona e em 3% a presença de anfetaminas. Tal como sucedido nos dois anos anteriores, os casos com mais do que uma substância foram maioritários (58%),

considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. Os casos com a presença de cocaína são os que apresentam a maior percentagem de associação com outras substâncias (84%), particularmente com opiáceos e/ou álcool. Em combinação com as substâncias ilícitas, foi detectada a presença de álcool e de medicamentos, respectivamente em 28% e 16% dos casos. Os indivíduos envolvidos nestas mortes continuam a ser maioritariamente do sexo masculino e do grupo etário 25 - 39 anos (62%) (IDT, 2007).

No contexto das contra-ordenações por consumo de drogas, nas 18 Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência com sede em cada capital de distrito de Portugal Continental, foram instaurados 6216 processos relativos às ocorrências de 2006, número muito semelhante ao registado no ano anterior. Os distritos de Lisboa e do Porto, seguidos de Braga, Faro, Setúbal e Aveiro, registaram o maior número de processos destas ocorrências por habitantes dos 15-44 anos. Uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (59%), seguindo-se-lhes as suspensões dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (20%). Em 2006, foi mais uma vez reforçada a tendência verificada ao longo dos anos de acréscimo do peso das decisões punitivas (17%), continuando a predominar as sanções não pecuniárias (11%), sobretudo as relacionadas com a apresentação periódica em local designado pela CDT. Uma vez mais a maioria dos indivíduos envolvidos eram do sexo masculino (94%) e com idades entre os 16-24 anos (48%) e 25-34 anos (33%), sendo a idade média de 27 anos. Eram na sua maioria solteiros (84%) e cerca de 63% viviam só com a família de origem. À semelhança dos anos anteriores, predominavam os indivíduos com a frequência do 3º Ciclo do Ensino Básico ou habilitações superiores (65%) e quase metade estavam empregados (48%), sendo também expressivo o peso de estudantes (15%) (IDT, 2007).

Em relação ao consumo de álcool é frequente referir-se que cerca de 10% da população do país apresenta graves incapacidades ligadas ao álcool. Mas para além deste grupo de doentes alcoólicos, que constituem, digamos, o vértice da parte visível do “iceberg” a que o fenómeno tem sido comparado, sabendo-se que apenas 15 a 25% de indivíduos se abstêm ou consomem esporadicamente bebidas alcoólicas, a parte restante, isto é, cerca de 60% da população adulta, corresponde ao grupo dos bebedores regulares de álcool, enquadrados no fenómeno social da alcoolização geral. É precisamente neste grupo maior da população que se encontram os

bebedores excessivos, muitas vezes não identificados como tal. Por efeito do álcool, neste grupo há uma elevada morbilidade e comorbilidade, quase sempre ignorada ou não valorizada que importa identificar e nelas intervir a bem da qualidade de vida dos indivíduos. Enquanto droga principal, o consumo de álcool surge com valores mais expressivos a nível dos utentes das estruturas de internamento (10% dos utentes das Unidades de Desabilitação públicas e licenciadas e 13% dos utentes das Comunidades Terapêuticas públicas e licenciadas) (IDT, 2007).

O consumo *per capita* aparente resulta da divisão da quantidade total de álcool etílico consumido por estimativa pela totalidade da população com mais de 15 anos. Este cálculo atribui, assim, um consumo médio a cada português, independentemente do seu consumo actual de bebidas alcoólicas e, por consequência, de álcool puro. Apesar de o consumo *per capita* oferecer uma estimativa aproximada da quantidade total de álcool consumido, são necessários novos dados, resultantes, principalmente, de inquéritos, que permitam ligar dados de consumo a outros de ordem sócio-demográfica e de consumo, ao nível individual. O consumo *per capita* de 12 países, membros da UE, situa-se acima dos oito litros de álcool puro por ano. Em Portugal, o consumo *per capita* é dos mais elevados do mundo, tendo-se situado, em 2000, em 10,8 litros de álcool puro, sendo assim o terceiro consumidor mundial (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

Em amostras universitárias e do ensino politécnico, de Coimbra, cerca de 10 a 20% dos indivíduos apresentavam problemas ligados ao álcool (Breda & Pinto, 1998), sendo, no ensino secundário, digno de registo o elevado número de embriaguezes referidas no último ano (18% dos rapazes e 10% de jovens, com idade média de 16 anos, dizem ter-se embriagado mais de vinte vezes). Sendo que mais de 60% dos jovens com idades compreendidas entre 12 e 16 anos e mais de 70% acima dos 16 anos consomem regularmente bebidas alcoólicas (Mello, et al., 2001). Nos resultados preliminares do mais recente inquérito nacional em meio escolar, ficou evidente que ocorreu um aumento das percentagens de consumidores de cerveja e vinho (alunos do 3º ciclo e secundário) e das percentagens de consumidores de bebidas destiladas (alunos do secundário). A prevalência do consumo regular de álcool no secundário está agora nos 87,7%, sendo a prevalência de “embriaguês ao longo da vida” de 34% (Feijão, 2008).

O álcool está interligado com as principais causas de morte, nomeadamente com as doenças cardiovasculares e oncológicas, os acidentes, os suicídios, a cirrose hepática, etc. Estima-se que, em Portugal, em 1996, 8758 portugueses morreram por este motivo (Pinto & Mello, 1989). Um estudo sobre as relações entre Alcoolismo e Suicídio em Portugal, considerando um intervalo de anos, desde 1931 a 1989, concluiu que 20% dos suicídios masculinos em

Portugal podem ser atribuídos ao abuso de álcool. Nesta base, o aumento de 1 litro, no consumo *per capita*, produz um aumento de 1,9%, na taxa de suicídio masculino (Mello, et al., 2001).

A sobremortalidade ligada ao álcool é muito evidenciada na diminuição da “esperança de vida” do bebedor excessivo, quando comparada com a do bebedor normal. Por exemplo, um indivíduo de 20 anos vê a sua esperança de vida encurtada em 65%, se for um bebedor excessivo; um de 40 anos terá um encurtamento de 60% e um de mais de 60 anos terá uma redução de 3%. O álcool é uma importante causa de morte em acidentes de estrada, sendo a causa directa e principal, em 40 a 50% dos acidentes mortais, e uma das causas associada, em 25 a 30% dos outros acidentes, com feridos (Mello, et al., 2001).

A incidência do alcoolismo, na morbilidade, particularmente nos homens, ronda os 90% nas hepatopatias e cirrose e os 60% nas pancreopatias. É também elevada na doença cardiovascular, nos acidentes vasculares cerebrais e na doença oncológica, entre outras, em que o álcool desempenha papel causal, co-causal ou de agravamento da doença. Nos últimos anos, tem-se vindo a pôr em relevo a relação dose-resposta entre consumo de álcool e risco de morbilidade, em especial na cirrose hepática e no cancro da boca, faringe, laringe e esófago, fígado e mama (Mello, et al., 2001).

1.2. Diagnóstico e Características

A maioria das pessoas, nas sociedades ocidentais é actualmente, ou foi no passado, consumidora de, pelo menos, uma substância psicoactiva (por exemplo, cafeína, nicotina, álcool, marijuana) e um grande número teve uma experiência desagradável relacionada com essa substância (por exemplo, ansiedade devido à cafeína, tosse causada pelo tabaco, andar de automóvel com alguém sob o efeito do álcool). Embora possam ocorrer, em alguns indivíduos, quer a utilização, quer problemas temporários, estes não representam forçosamente situações de doenças diagnosticáveis. No entanto, uma indicação ou diagnóstico constituem uma orientação sobre se é adequado intervir e qual o tratamento com melhores hipóteses de êxito e com o menor risco de provocar efeitos indesejáveis. Sempre que possível, as definições (por exemplo, abuso, dependência, intoxicação ou abstinência) devem ser usadas em termos objectivos, de acordo com estudos que demonstrem o curso clínico habitual, bem como a resposta ao tratamento de indivíduos que preencham os requisitos de tal diagnóstico. É, contudo, necessário declarar que a tónica geral é colocada nos critérios constantes da quarta edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística* da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) (APA, 2002).

Os critérios para o diagnóstico da *Intoxicação* são claros. Deve haver prova do consumo recente da substância, alterações clínicas do comportamento e estado psicológico, bem como verificação de um número variável de sinais típicos (que diferem de substância para substância). Os critérios para a determinação da *Abstinência* são mais relevantes no caso dos depressores (incluindo o álcool), estimulantes (por exemplo, todos os derivados da cocaína e anfetaminas, bem como outras substâncias) e opiáceos (por exemplo, heroína, metadona e comprimidos prescritos contra as dores). Neste caso, os critérios de diagnóstico exigem a prova de que a pessoa utilizou a substância de forma regular e em grande quantidade, reduziu ou terminou recentemente o seu uso, apresentando assim um conjunto de sinais e sintomas que, em geral, se opõem aos efeitos agudos da substância (Schuckit, 1998). A *Dependência* constitui um diagnóstico aparentemente mais fiável e válido do que o do abuso. Neste caso, usa-se um conceito mais lato de dependência para indicar o papel central que a substância acabou por desempenhar na vida do sujeito, existência de problemas relacionados com o controlo do consumo e o aumento de dificuldades (especialmente problemas físicos e psicológicos), apesar dos quais o indivíduo volta de novo à substância. O DSM-IV exige a verificação de um mínimo de três dos sete pontos referidos, interligados, ocorrendo num período de 12 meses ou mais. Uma vez diagnosticado um paciente como dependente de uma certa substância, o médico sabe que o doente ou cliente muito provavelmente desenvolverá problemas futuros significativos devidos à droga, se o seu uso continuar ou for retomado. Os critérios de diagnóstico de *Abuso* referidos no DSM-IV exigem a verificação da ocorrência, durante um período de 12 meses, de quaisquer quatro dos possíveis problemas, de ordem social, legal ou pessoal, relacionados com a substância. Esta lista mais extensa de diagnósticos de abuso contida no DSM-IV foi desenvolvida devido ao facto de a definição de abuso constante no DSM-III-R e na *Décima Classificação Internacional de Doenças* (ICD-10), não identificavam os mesmos indivíduos e, por tal motivo, não eram fiáveis (Gottheil, McLellan, & Druley, 1992; McKay, McLellan, & Alterman, 1992). Torna-se necessário prosseguir a investigação para determinar a validade clínica dos critérios de abuso estabelecidos no DSM-IV. A *Dependência*, também referida como *habituação* ou *utilização compulsiva*, implica uma “necessidade” psicológica e/ou física da substância. A *Dependência psicológica* é um atributo do abuso de todas as substâncias, residindo na sensação que o consumidor tem de necessitar da droga para atingir o seu melhor nível de actividade ou uma sensação de bem-estar. Trata-se de uma asserção subjectiva, quase *impossível* de quantificar de modo objectivo e por isso de limitada utilidade no estabelecimento do diagnóstico. A *Dependência física* indica que o corpo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual da substância, surgindo

sintomas quando o uso da droga termina ou é diminuído. Embora, de início, este conceito pareça muito simples, existem provas de que, tanto o condicionamento comportamental como factores psicológicos têm importância naquilo que geralmente é considerado como uma síndrome de abstinência física. Existem dois aspectos importantes na dependência física: a *Tolerância* e a *Abstinência* (Schuckit, 1998).

A *Tolerância* é a aptidão para suportar doses cada vez maiores da substância ou, por outras palavras, a necessidade de doses cada vez mais fortes para obter os mesmos efeitos. Este fenómeno ocorre quer por alterações no metabolismo da substância, por meio das quais o fígado elimina a substância mais rapidamente (*tolerância metabólica*), quer através de modificações no funcionamento das células-alvo (normalmente no sistema nervoso) em presença da substância, por meio das quais a resistência dos tecidos a esta diminui (*tolerância farmacodinâmica*). A tolerância não é um fenómeno absoluto, já que um indivíduo pode desenvolvê-la em relação a um certo efeito da acção de uma substância e não em relação a outros. O desenvolvimento da tolerância de uma substância de certa categoria indica geralmente uma *tolerância cruzada* com substâncias da mesma categoria (Schuckit, 1998). A consequência directa do desenvolvimento de tolerância é o aumento da quantidade de substância utilizada o que acarreta uma tensão em termos financeiros, sociais e de saúde para o indivíduo e para os que o rodeiam. Isto significa que o sujeito tenha de passar mais tempo a tentar comprar a substância, mais tempo intoxicado e mais tempo afastado de quem não consome a substância, com prejuízo claro para a sua saúde e vida social e profissional (APA, 2002; Brandsma & Pattison, 1985).

A *Abstinência* ou *síndrome de abstinência* é o aparecimento de sintomas psicológicos quando o consumo da substância termina demasiado abruptamente. Este fenómeno foi descrito em primeiro lugar, e de forma mais completa, em relação aos opiáceos ou substâncias que tendem a deprimir o sistema nervoso central ou o cérebro. Contudo, existem também provas da existência de sinais de abstinência quando são consumidas substâncias com acção diferente, como estimulantes. Tal como a tolerância, a abstinência não é um fenómeno absoluto, consistindo normalmente numa síndrome que inclui uma larga variedade de sintomas possíveis. Após o desenvolvimento de sintomas desagradáveis de abstinência, é provável que o sujeito consuma a substância para aliviar ou evitar esses sintomas utilizando tipicamente a substância ao longo do dia, logo após o despertar. Os sintomas variam muito com as classes de substâncias, sendo os sinais fisiológicos de abstinência, acentuados e facilmente mensuráveis comuns para o álcool, opiáceos, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Com estimulantes como anfetaminas e a cocaína, bem como com a

nicotina, os sinais e sintomas de abstinência estão frequentemente presentes, podendo ser menos aparentes. Não se observa abstinência significativa mesmo após a utilização repetida de alucinógenos. A abstinência de fenciclidina e substâncias relacionadas não foi ainda descrita em seres humanos, embora tenha sido demonstrada em animais) (APA, 2002; Brandsma & Pattison, 1985; Schuckit, 1998).

De acordo como o DSM-IV, o diagnóstico de Dependência de Substâncias obedece a uma observação de que o indivíduo apresenta um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam a manutenção dos consumos da substância, apesar da existência dos problemas significativos relacionados. Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em consumo compulsivo, tolerância e abstinência (APA, 2002).

O diagnóstico de Dependência de Substâncias pode ser aplicado a todas as classes de substâncias excepto à cafeína. Os sintomas de Dependência são semelhantes às várias categorias de substâncias, mas para algumas classes alguns sintomas são menos proeminentes e, em alguns casos, nem todos os sintomas se aplicam (por exemplo, os sintomas de Abstinência não estão especificados para a Dependência de Alucinógenos). Embora não seja especificado como um critério, a ânsia ou *craving* (forte desejo subjectivo de utilização da substância) é provavelmente experimentada pela maioria dos consumidores com Dependência de Substâncias. A dependência é definida no DSM-IV como um conjunto de três ou mais de sintomas que ocorrem em qualquer altura no mesmo período de 12 meses. Dentro desses sintomas existem dois que têm uma importância significativa: a tolerância e a abstinência (APA, 1996).

Nem a tolerância nem a abstinência são necessárias ou suficientes para um diagnóstico de Dependência de Substâncias. Alguns indivíduos, por exemplo, aqueles com Dependência de *Cannabis*, apresentam um padrão de utilização compulsiva sem quaisquer sinais tolerância ou abstinência. Inversamente, alguns doentes pós-cirúrgicos sem Dependência de Opiáceos podem desenvolver tolerância aos opiáceos prescritos e experimentarem sintomas de abstinência sem sinais de utilização compulsiva (APA, 1996).

Uma especificação necessária ao diagnóstico é o da presença/ausência de dependência fisiológica. É necessária de modo a indicar a presença ou ausência tolerância ou abstinência. De seguida, é descrito o padrão de utilização compulsiva de uma substância característica de Dependência. Assim, o sujeito pode utilizar a substância em grandes quantidades ou por um período de tempo superior ao inicialmente pretendido (por exemplo, continuar a beber até à

intoxicação grave apesar de ter imposto como limite apenas uma bebida) O sujeito pode expressar um desejo persistente de diminuir ou regular a utilização da substância. Frequentemente, existe história de vários esforços, sem êxito, para diminuir ou cessar a utilização da substância. O sujeito pode dispensar grande quantidade de tempo na obtenção e utilização da substância ou na recuperação dos seus efeitos. Até mesmo porque, em algumas circunstâncias da Dependência de Substâncias, todas as actividades quotidianas giram em volta da substância. Outro critério diz respeito ao abandono ou redução de importantes actividades sociais, ocupacionais ou relacionais devido à utilização da substância. O sujeito pode retrain-se de actividades familiares e passatempos para utilizar a substância em privado ou passar mais tempo com amigos que também consomem a substância. Apesar de reconhecer o papel contributivo da substância num problema físico ou psicológico (por exemplo, sintomas depressivos graves ou lesão de sistemas de órgãos) a pessoa continua a utilizar a substância. Isto é, o que está em questão não é a existência de um problema, mas sim a incapacidade do sujeito em de se abster da utilização da substância, apesar da evidência dos problemas que esta causa (APA, 2002).

Existem seis especificações evolutivas para a Dependência de Substâncias. As quatro especificações de “Remissão” só podem ser aplicadas se nenhum dos critérios de Dependência ou Abuso de Substâncias tiver estado presente durante, pelo menos, um mês. A definição destes quatro tipos de Remissão baseia-se no intervalo de tempo que decorreu desde a cessação da Dependência (Remissão Precoce *versus* Mantida) e na presença continuada de um ou mais itens incluídos nos critérios de Dependência ou Abuso (Remissão Parcial *versus* Total).

Uma vez que os 12 primeiros meses que se seguem à Dependência apresentam um risco particularmente elevado de recaída, este período é designado de Remissão Precoce. No entanto, se durante um mês, mas menos que doze meses, não tiverem sido preenchidos os critérios de Dependência de Substâncias, será utilizada a especificação *Remissão Total Precoce* (cf. Figura 1).

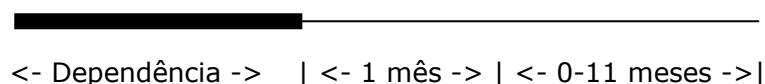


Figura 1. Remissão Total Precoce

Se durante um mês, mas menos de doze meses, tiverem sido preenchidos um ou mais critérios da Dependência ou Abuso, será utilizado a especificação *Remissão Parcial Precoce* (cf. Figura 2).

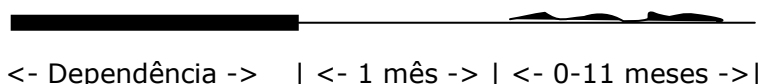


Figura 2. Remissão Parcial Precoce

Após 12 meses de *Remissão Precoce* sem recaída na Dependência, a pessoa entra na *Remissão Mantida*. Para ambas, é fornecida a designação de Total (cf. Figura 3) se não tiverem sido preenchidos os critérios de Dependência ou Abuso durante o período de remissão; e de Parcial (cf. Figura 4) se, pelo menos, um dos critérios de Dependência ou Abuso tiver sido preenchido, de forma intermitente ou contínua, durante o período de remissão. A diferenciação entre *Remissão Total Mantida* e recuperação (sem Perturbação de Utilização de Substância actual) tem em consideração a duração do tempo desde o último período de perturbação, a duração total desta e a necessidade de avaliação continuada.

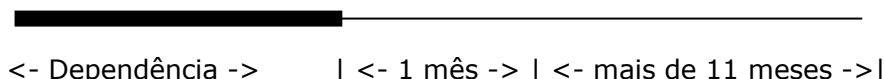


Figura 3. Remissão Total Mantida

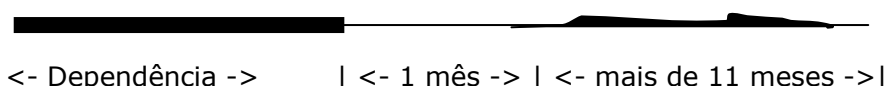


Figura 4. Remissão Parcial Mantida

Se, após um período de remissão ou recuperação, o sujeito se tornar dependente de novo, a aplicação da especificação *Remissão Precoce* requer a existência de, pelo menos, um mês sem que os critérios de Dependência ou Abuso sejam preenchidos. Para que um sujeito se qualifique em *Remissão Precoce* após ter cessado a terapia com agonistas ou se ter libertado de um ambiente protegido, deverá existir um período de um mês em que nenhum dos critérios de Dependência ou Abuso tenha sido preenchido. São ainda fornecidas duas especificações adicionais: *Em Terapia Agonista* e *Em Ambiente Controlado*.

Utiliza-se o especificador *Em Terapia Agonista* se o sujeito estiver a realizar a medicação

agonista prescrita e não tiverem sido preenchidos os critérios de Dependência ou Abuso para aquela classe de medicamentos durante, pelo menos o último mês (excepto tolerância e abstinência ao agonista). Esta categoria também se aplica aos indivíduos tratados com um agonista parcial ou um agonista/antagonista.

No caso do especificador *Em Ambiente Controlado*, a sua utilização é necessária nos casos em que o indivíduo se encontra num ambiente onde o acesso ao álcool/drogas é proibido e quando os critérios para Dependência e Abuso não tiverem sido preenchidos durante, pelo menos, o último mês (APA, 2002).

Os Critérios de Diagnóstico para Investigação da ICD-10 para a Dependência de Substâncias são aproximados mas não idênticos aos critérios do DSM-IV. A ICD-10 inclui todos os sete itens do DSM-IV mas condensa estes em cinco critérios e acrescenta um sexto item que faz referência ao comportamento de ânsia pela droga (*craving*). Além disso, o método para estabelecer o significado clínico difere nos dois sistemas. O DSM-IV especifica que deve haver um padrão desadaptativo do uso da substância que provoque mal-estar ou deficiência clinicamente significativos, enquanto os Critérios de Diagnóstico para Investigação da ICD-10 requerem uma duração mínima dos sintomas de um mês ou então a repetição dos episódios durante um período de 12 meses. Os Critérios de Diagnóstico para Investigação da ICD-10 para Abuso de Substância são menos específicos que os critérios do DSM-IV, requerendo que deve haver “evidência clara de que o uso da substância era responsável por (ou contribuiu substancialmente para) danos físicos ou psicológicos, incluindo juízo deficiente ou comportamento disfuncional, que pode conduzir a incapacidade ou ter consequências adversas no relacionamento interpessoal”. Na ICD-10, esta perturbação é referida como Utilização Causadora de Danos (APA, 1996).

Os Critérios de Diagnóstico para Investigação da ICD-10 para Intoxicação são quase iguais aos do DSM-IV. Contudo, ao contrário da definição de Abstinência do DSM-IV, que especifica que os sintomas de abstinência causem ansiedade clinicamente significativa ou deficiência, os Critérios de Diagnóstico para Investigação da ICD-10 para Abstinência indicam apenas a presença de sinais e sintomas característicos (APA, 1996).

Todas as substâncias discutidas afectam o cérebro ou o sistema nervoso central (SNC). A mediação destes factores faz-se através de neurotransmissores, que actuam através de uma miríade de comunicações intercelulares que afectam o equilíbrio entre funções de estimulação e inibição.

Esta interacção altamente complexa, juntamente com a necessidade de o sistema nervoso conseguira a homeostasia, torna muito difícil a generalização dos mecanismos específicos da actuação das substâncias. A mesma substância pode ter efeitos de estimulação do comportamento numa dose e produzir sedação noutra, e os efeitos agudos de uma droga sobre o SNC podem ser os opostos aos verificados após uso crónico. A compreensão dos efeitos de uma droga adquirida “na rua” é ainda mais complicada. A maioria destas substâncias não se encontra no estado puro e muitas delas (quase 100% são tetra-hidrocannabinol) não contêm sequer as substâncias mais significativas. As acções específicas das substâncias variam conforme a via de administração utilizada, a dose, a presença ou ausência de outras substâncias e o estado clínico do doente. A disposição, o metabolismo e a sensibilidade às drogas são também afectados por mecanismos genéticos, provavelmente quer através da sensibilidade do órgão-alvo (por exemplo no SNC), quer através da quantidade e características das enzimas presentes no metabolismo e o nível de ligação às proteínas. Um factor importante a considerar na previsão das reacções às substâncias é a idade, já que o envelhecimento é acompanhado não só por um aumento da sensibilidade do cérebro mas também por uma redução da capacidade de eliminação de muitas substâncias, especialmente depressores do SNC (Wadsworth, Moss, Simpson, & Smith, 2005).

1.2.1. Depressores do Sistema Nervoso Central

As substâncias depressoras do sistema nervoso central (SNC) incluem uma grande variedade de medicamentos, como hipnóticos, ansiolíticos e o álcool (Rall, 1990). Surgiu recentemente um novo grupo de substâncias ansiolíticas não relacionadas com as benzodiazepinas, algumas das quais provocam intoxicações e síndromes de abstinência semelhantes às do álcool. Os anestésicos gerais não são aqui referidos, estando limitados às substâncias mais frequentemente utilizadas no abuso. Todos os depressores do SNC são úteis e muitos são susceptíveis de abuso. Quando usados isolados, causam uma intoxicação ou “pedrada” semelhante à do álcool, mas podem também ser misturados com outras drogas, como estimulantes, na tentativa de modificar alguns dos seus efeitos ou efeitos secundários (Schuckit, Greenblatt, Gold, & Irwin, 1991). A principal fonte de abastecimento é a própria prescrição clínica, quer para o próprio, quer através dos familiares. Além disso, muitos dos depressores legalmente fabricados acabam por ter lugar no “mercado de rua”. As substâncias depressoras típicas são os barbitúricos. Estes medicamentos tornaram-se disponíveis a partir da década de 1860 e têm sido prescritos para o tratamento de uma

grande variedade de problemas. A categoria de depressores do SNC mais prescrita é a das benzodiazepinas, que tem alguns efeitos particulares (Nunley, 2008; Pina, 2000).

Os diferentes depressores do SNC possuem durações de acção marcadamente diferentes, tal como será referido adiante. Os níveis plasmáticos dependem da distribuição física da substância por diferentes partes do corpo, metabolização da substância, geralmente no fígado e excreção pelos rins. Com a possível excepção das benzodiazepinas, o mecanismo de actuação destas substâncias não é inteiramente conhecido. Os depressores têm como efeito a depressão reversível de todos os tecidos excitáveis - especialmente os do SNC com os maiores efeitos na sinapse. Os efeitos da depressão resultante são muito variáveis, indo de ligeira letargia ou sonolência até vários níveis de anestesia e morte devida a paragem respiratória ou cardíaca (O'Brien, 2005).

A tolerância destas substâncias é clinicamente importante e ocorre quer através do aumento do metabolismo da substância após a sua administração (*tolerância metabólica*), quer por meio de uma aparente adaptação do SNC à presença da substância (*tolerância farmacodinâmica*). Porém, a tolerância metabólica também causa o aumento do metabolismo de outras substâncias, incluindo as medicações anticoagulantes, com alteração dos seus níveis no sangue. Tal como acontece com todos os medicamentos, a tolerância não é um fenómeno absoluto e muitos indivíduos não mostram aumento de tolerância a doses letais de depressores (com a possível excepção do álcool) (O'Brien, 2005; Rall, 1990). Um aspecto importante da tolerância ocorre com a administração simultânea de outros depressores. Se uma segunda substância for administrada quando o organismo estiver liberto da primeira, ocorrerá provavelmente uma tolerância cruzada, pelo menos em parte, devido ao aumento da capacidade de o fígado metabolizar a substância depressora. Contudo, se a segunda substância for administrada juntamente com a primeira, ambas concorrem pela metabolização pelo fígado, nenhuma delas é perfeitamente metabolizada e os efeitos tóxicos da primeira parecem potenciar os efeitos da segunda. Como exemplo, refira-se que se um paciente que regularmente abuse do álcool for submetido a cirurgia numa altura em que esteja livre de álcool, provavelmente apresentará uma tolerância cruzada às medicações pré-anestésica e anestésica. Se o mesmo paciente consumir um medicamento barbitúrico ou ansiolítico enquanto se encontrar intoxicado pelo álcool, provavelmente experimentará uma potenciação dos efeitos de ambas as substâncias, com a possível ocorrência de uma reacção tóxica ou *overdose*. Assim, mesmo um indivíduo com tolerância a uma substância pode sofrer uma *overdose* fatal devido à administração simultânea de uma segunda substância, caso frequente com barbitúricos e álcool (Schuckit, 1998).

Todos os depressores do SNC, incluindo benzodiazepinas como o *diazepam* e o *alprazolam* produzem um estado de abstinência quando a sua administração é suspensa bruscamente, após um período de administração de doses elevadas relativamente prolongado. O quadro da abstinência assemelha-se à hiperexcitabilidade reaccional caracterizada por alterações no organismo, opostas às da administração da substância. É possível ocorrerem sintomas de abstinência após algumas semanas de intoxicação, mas em geral a gravidade da síndrome de abstinência está relacionada com a potência da substância, a dose administrada e a duração do consumo. As doses variam conforme a substância e o indivíduo, mas para o pentobarbital, por exemplo, a administração de 400 mg por dia durante três meses provoca alterações electroencefalográficas (EEG) pelo menos num terço dos indivíduos que a tomam; 600 mg durante um a dois meses provocam uma abstinência ligeira ou moderada em metade dos indivíduos, 10% dos quais sofrem uma abstinência severa, incluindo convulsões; 900 mg durante dois meses provocam convulsões em 75% dos indivíduos, muitos dos quais apresentam uma síndrome de confusão-desorientação (síndrome cerebral orgânica - SCO). Com uma substância como o *meprobamato*, pode verificar-se uma abstinência severa em indivíduos que tomam 3 – 6 gramas diários durante 40 dias. Como regra geral, o consumo de 500 mg de um barbitúrico ou dose equivalente de outras substâncias constituirá um risco de convulsões por abstinência (Miller & Gold, 1991; O'Brien, 2005). Com as benzodiazepinas, podem encontrar-se sintomas moderados de abstinência em indivíduos que consomem duas a três vezes a dose terapêutica habitual durante apenas algumas semanas. Os sintomas da abstinência das benzodiazepinas incluem normalmente dores de cabeça e ansiedade (em cerca de 80%), insónia (cerca de 70%), tremor e fadiga (cerca de 60% para cada um deles), bem como alterações da percepção, zumbidos, suores e dificuldade de concentração. Tal como no quadro da abstinência alcoólica, a suspensão brusca de doses elevadas de benzodiazepinas pode provocar *delirium*, por vezes associado a outros sintomas psicóticos e convulsões. Existem também provas de que alguns dos sintomas mais ligeiros acima descritos podem ocorrer num espaço de meses de administração de doses terapêuticas diárias de benzodiazepinas (O'Brien, 2005; Rall, 1990).

Dentro dos depressores existem três tipos de substâncias específicas (hipnóticos/barbitúricos, ansiolíticos e benzodiazepinas) que apresentaremos devido à sua importância no contexto das drogas de abuso.

Em resumo, podemos dizer que muitos hipnóticos têm sérios efeitos indesejáveis. Provocam perturbações do padrão natural do sono, são extremamente perigosos se tomados em *overdose* (à

excepção das benzodiazepinas) e todos são potencialmente susceptíveis de abuso; dois deles, *etclorvinol* e *glutetimida*, apresentam perigos agravados de atraso do metabolismo, o que torna a sua prescrição ainda mais perigosa do que a das substâncias habituais. Parece que toda a medicação hipnótica perde o efeito quando tomada diariamente por mais de duas semanas. Deste modo, considerando o seu potencial como causa de suicídio e a sua limitada duração de efeito quando usada diariamente, põe-se seriamente em questão o acerto da prescrição destas substâncias fora de uma crise aguda de rápido tratamento (Schuckit, 1998; Sussman & Ames, 2008).

Os fármacos mais frequentemente receitados contra a ansiedade pertencem à categoria das benzodiazepinas (por exemplo, *diazepam*). Estas substâncias são eficazes no tratamento da ansiedade aguda, mas ainda nenhum estudo fiável demonstrou que sejam úteis se tomadas diariamente por mais de um a dois meses. Os seus maiores perigos incluem perturbações do sono e do humor (irritabilidade, hostilidade, fadiga). Os carbamatos são letais quando tomados em dose excessiva, sendo que muitas das substâncias que se integram nesta subcategoria, têm uma duração de efeito muito superior aos espaços entre as tomas (Anthenelli & Schuckit, 1991).

As benzodiazepinas são usadas como relaxantes musculares (por exemplo, após luxações ou hérnia discal), como anti-convulsivos (normalmente epilepsia, que não de grande mal e/ou *status epilepticus*) e como ansiolíticos (Rall, 1990). A sua utilidade no tratamento de estados ansiosos é superior no tratamento de curta duração (duas ou três semanas) de estados graves. Os estados ansiosos de longa duração ou crónicos (por exemplo, agorafobia, perturbações obsessivo-compulsivas) não são normalmente alvo de tratamento com a benzodiazepinas, dado que estas substâncias não são eficazes durante um período de tempo suficiente e é possível o aparecimento de sintomas *rebound* quando a substância é suspensa. Embora apresentem algumas diferenças (especialmente quanto à semi-vida), as benzodiazepinas têm entre si grandes semelhanças clínicas. Comparadas com outros tipos de sedativos/hipnóticos, as doses excessivas destas substâncias são relativamente seguras, menos susceptíveis de provocarem tolerância metabólica, perturbações a diferentes fases do sono e, supõe-se, habituação física. Todas as substâncias desta categoria podem ser administradas por via oral e muitas são melhor absorvidas do que na forma injectável (o *diazepam* pode ser administrado por via endovenosa e o *lorazepam* demonstra ser bem absorvido por via intramuscular) (Greenblatt, Harmatz, Zinny, & Shader, 1987). Normalmente atingem níveis plasmáticos máximos em 2-4 horas após administração oral e muitas produzem metabólitos activos

(excepto o *lorazepam* e o *oxazepam*). A frequência da administração varia com a semi-vida, por isso pode ser necessário administrar o *lorazepam* e o *oxazepam* quatro vezes por dia, enquanto o *clorazepato* e o *diazepam* podem ser administrados numa única toma diária (normalmente ao deitar). À excepção das benzodiazepinas com mais curta semi-vida (aquelas que não produzem metabólitos activos), muitas destas substâncias têm efeito cumulativo, estado que se atinge em 7-10 dias, devendo o clínico assistente certificar-se de que os efeitos sedativos não interferem progressivamente com as actividades normais (Schuckit, 1998; Sussman & Ames, 2008).

Alguns ansiolíticos não-benzodiazepínicos estão actualmente a ser submetidos a estudo (McKay, McKinney, & Clarke, 1990). Esta investigação está a ser pressionada por se ter reconhecido que as benzodiazepinas não são perfeitas, podendo causar problemas de abuso, dependência física, dificuldades de compreensão e interações com outros depressores cerebrais. Embora estes agentes não benzodiazepínicos não sejam tecnicamente depressores do SNC, são sumariamente considerados nesta secção porque são utilizados clinicamente em situações anteriormente reservadas às benzodiazepinas. Estas substâncias têm diferentes estruturas e actividades potenciais. Incluem o *nabilone*, um homólogo do tetra-hidrocannabinol distinto pela sua relação com o princípio activo da marijuana, e o *fenobam*, um ansiolítico eficaz com reduzidos efeitos relaxantes musculares ou sedativo/hipnóticos, bem como susceptibilidade acentuadamente menor de interacção com outros depressores do SNC (Gershon & Eison, 1983).

O ansiolítico não-benzodiazepínico mais bem conhecido e estudado é a buspirona, uma molécula invulgarmente lipossolúvel, com múltiplos anéis, dotada de uma estrutura diferente de qualquer outro agente ansiolítico. Esta substância possui pouca ou nenhuma actividade sobre os receptores benzodiazepínicos, não substitui as ligações benzodiazepínicas, nem afecta directamente a ligação GABA (Schweizer & Rickels, 1986). Sabe-se que a buspirona age sobre os sistemas da serotonina, norepinefrina e acetilcolina, sendo o seu efeito principal mais provável sobre a serotonina. Em estudos controlados, a buspirona não demonstra efeitos hipnóticos, mas sim propriedades ansiolíticas semelhantes a diversas benzodiazepinas, pelo menos após duas semanas de administração. Para além disto, esta substância apresenta alguns factores de segurança, já que, quando usada em doses terapêuticas, não existem provas concretas de que provoque dificuldades de compreensão ou interaja com outros depressores do cérebro como o álcool. Os estudos realizados, animais e clínicos, não demonstram que esta substância possua elevado potencial de abuso (Lader, 1987). Se as observações clínicas continuarem a comprovar este último facto, a

buspirona pode ser o primeiro ansiolítico efectivamente destituído de risco de habituação, mas apenas o tempo dirá se assim é. Nos últimos anos têm sido comercializados dois outros hipnóticos não-benzodiazepínicos. Ambos, o *zolpidem* e o *zopiclone*, partilham os problemas gerais das benzodiazepinas e, por isso, não são semelhantes à *buspirona* (Nunley, 2008; Schuckit, 1998; Sussman & Ames, 2008).

Com o abuso dos depressores surgem certos problemas médicos que dependem da substância, da quantidade e do modo como é utilizada.

Existem muitas histórias sobre o facto de estas substâncias *enfraquecerem a memória* durante um certo tempo, talvez mesmo permanentemente. Apesar de este fenómeno não ter sido ainda convenientemente trabalhado, pode presumir-se a possibilidade de se verificarem danos neurológicos permanentes (Anthenelli, Monteiro, Blunt, & Schuckit, 1991). Um problema relacionado é o da amnésia anterógrada que pode, por vezes, seguir-se à administração casual de benzodiazepinas, mesmo em pequenas doses, enfraquecendo a memória de longo prazo ou causando danos permanentes (Wolkowitz, et al., 1987). Diz-se que tal pode acontecer, mesmo com doses terapêuticas de benzodiazepinas hipnóticas de curta semi-vida como o *triazolam*. Em todo o caso, estes problemas transitórios da memória devem ser encarados como um perigo eventual para os pacientes, existindo provas de que o uso de algumas benzodiazepinas pode causar problemas menores da memória, interferindo com o desempenho dos estudantes. Pode esperar-se que os consumidores que usam a via endovenosa possam sofrer também qualquer dos problemas relacionados com agulhas contaminadas tais como hepatite, tétano, abscessos ou HIV/SIDA. (APA, 2002; Schuckit, 1998).

Um problema específico pode resultar da injeção (geralmente inadvertida) destas substâncias numa artéria. A dor muscular e necrose do tecido nervoso resultantes podem obrigar à amputação de um membro. Uma das dificuldades mais graves devidas aos depressores do SNC, incluindo benzodiazepinas, é o efeito sedativo. Este pode dificultar o raciocínio, bem como a condução de viaturas ou actividades com máquinas; estes problemas potenciais revestem-se de especial importância no caso de substâncias de longa duração, devido ao efeito cumulativo. Esta situação complica-se ainda mais se existir doença hepática ou redução dos níveis de albumina no sangue, motivos pelos quais todos os doentes devem ser avisados para evitarem actividades que exijam especiais precauções e/ou condução de viaturas, caso sintam sedação. Outro problema

grave, especialmente nos idosos, que podem ser mais sensíveis aos efeitos dos depressores, é a possibilidade de quedas e consequente risco de fracturas da bacia (Ray, Griffin, & Downey, 1989).

Nas doses habituais, não é provável que estas substâncias provoquem efeitos cardio-tóxicos graves em indivíduos saudáveis, situação muito pouco provável com as benzodiazepinas, já que dispõem de uma mais fraca actividade depressora do tronco cerebral. Porém, todos os depressores do SNC podem dificultar a respiração (sendo as benzodiazepinas as que têm esta actividade menos notória), ocasionando insuficiência respiratória em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPCO) (Glassman, 1998).

Não é provável o aparecimento de sequelas psicológicas graves se o uso destas substâncias for moderado. Contudo, todas estas substâncias têm um efeito de desinibição, havendo por isso alguns relatos de que provocam explosões de raiva. Existe também a possibilidade de que alguns doentes deprimidos reajam aos depressores do SNC (mesmo às benzodiazepinas) com um agravamento da sintomatologia de base (por exemplo, hostilidade (Rall, 1990). A interacção farmacológica é um problema comum a todos os fármacos. É provável que os depressores do SNC potenciem os efeitos secundários dos antidepressivos tricíclicos, da fenitoína e (por meio de uma possível interferência no metabolismo do fígado) possam aumentar os níveis de digoxina no sangue (Chew, et al., 2008). A actividade da L-dopa pode ser inibida por esta categoria de substâncias e a cimetidina pode interferir com o metabolismo e a excreção das benzodiazepinas. Claro que a interacção entre dois ou mais depressores do SNC pode ser muito grave, notando-se um aumento da actividade das benzodiazepinas durante um período de 10 horas após a ingestão de etanol. O uso de contraceptivos de longa duração pode também interferir com o metabolismo das benzodiazepinas e os antiácidos com a sua absorção (Shufman, et al., 1994). Do mesmo modo, nenhuma substância se pode considerar segura para administração durante a gravidez. Embora exista alguma controvérsia, e o facto de outros depressores do SNC como a talidomida serem tóxicos para o feto, não existem provas concludentes de que os depressores do SNC de uso mais corrente tenham efeitos teratogénicos (Bergman, Rosa, Baum, Wiholm, & Faich, 1992). O uso de um depressor do SNC, o fenobarbital, no período pré-natal mostrou a possibilidade de diminuição de produção de testosterona no desenvolvimento do indivíduo masculino e, em animais, o uso de benzodiazepinas no mesmo período foi associado a alterações permanentes de comportamento dos recém-nascidos (Gupta, Yaffe, & Shapiro, 1982). Devido ao facto de esta categoria de substâncias ser raramente necessária em situações que não sejam de risco de vida, as grávidas devem ser aconselhadas a evitá-las pelo menos durante o primeiro trimestre da gravidez. Esta precaução é

extensível ao período neonatal, no caso de mães que amamentam, pois existem provas de que as benzodiazepinas passam para o leite materno, podendo causar um aumento de bilirrubina nos bebés (Dodgen & Shea, 2000; Schuckit, 1998).

A evolução mais usual envolve jovens, adolescentes ou na década dos 20 anos que podem aumentar a utilização “recreativa” de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ao ponto de desenvolverem problemas qualificáveis para o diagnóstico de Dependência ou Abuso. Este padrão pode ser especialmente provável em sujeitos que apresentem outras Perturbações pela Utilização de Substâncias (por exemplo, relacionadas com o álcool, opiáceos, cocaína, anfetaminas). Assim, um padrão inicial de utilização intermitente em festas pode levar à utilização diária e a níveis elevados de tolerância. Quando isto ocorre, pode esperar-se um aumento das dificuldades interpessoais, laborais, legais bem como episódios progressivamente mais graves de défices da memória e abstinência fisiológica.

A segunda evolução clínica, menos frequentemente observada, começa com um sujeito que originalmente obteve os medicamentos através de prescrição de um médico, geralmente para tratamento de ansiedade, insónia ou queixas somáticas. Embora a grande maioria das pessoas a quem são prescritos medicamentos desta classe não desenvolvam problemas, numa pequena proporção isso acontece. Nestes sujeitos desenvolve-se tolerância ou necessidade de doses mais elevadas do medicamento, existindo um aumento gradual da dose e frequência da auto-administração. É provável que a pessoa continue a justificar a utilização com base nos sintomas iniciais de ansiedade ou insónia, mas o comportamento de procura da substância torna-se mais proeminente, levando por vezes a que a pessoa consulte vários médicos de modo a obter um fornecimento considerado suficiente (APA, 1996).

1.2.2. Álcool

O álcool, a nicotina e a cafeína são as substâncias mais largamente consumidas no Ocidente, sendo o álcool a mais destrutiva das três (Schuckit, 1998). De facto, nenhuma outra substância está tão enraizada em todos os aspectos da nossa sociedade. É de tal modo prevalente que serve vários papéis sociais, que vão desde a celebração de acontecimentos até ao “afogar das angústias”. Daí que se torne necessário estabelecer a diferença entre o consumo “social” e o Abuso e Dependência.

A maioria das pessoas tem contacto, em algum momento da sua vida, com o álcool. No

entanto, apenas uma pequena parte acaba por sofrer os problemas persistentes e graves associados ao alcoolismo. Existem vários métodos para se formularem critérios de diagnóstico de alcoolismo; por exemplo: o método da quantidade-frequência-variabilidade, o método da dependência psicológica, o método da ocorrência de sintomas de abstinência.

O método da quantidade-frequência-variabilidade (QFV) tenta reunir informações válidas sobre os padrões de consumo e integrar então o indivíduo numa categoria de “desvio”, quando a ingestão de álcool se afasta estatisticamente do comum. Embora este método tenha grande relevância no estudo dos padrões de consumo, a sua utilidade é limitada pela dificuldade de obtenção de informações fiáveis sobre a ingestão de álcool, devido à reticência que os indivíduos demonstram em admitir tal facto, bem como ao enfraquecimento da memória quando os níveis de álcool no sangue se elevam rapidamente (Schuckit, 1998).

O segundo método, da dependência psicológica, baseia-se na ocorrência de uma série de experiências subjectivas que relacionem o facto de beber com problemas, tais como possuir grande quantidade de bebidas alcoólicas, tomar bebidas antes de ir para uma festa, ou que de outro modo revelem o indivíduo sente desconforto psicológico, a menos que tenha álcool disponível. É muito difícil, se não mesmo impossível, quantificar de forma objectiva os resultados deste método (Schuckit, 1998).

Um terceiro método de diagnóstico muito utilizado pelos clínicos tem por base a ocorrência de sintomas de abstinência quando um indivíduo pára de beber álcool. Contudo, entre 85% e 95% dos indivíduos que experimentam a abstinência sofre apenas os sintomas mais ligeiros. A abstinência nesta forma mitigada pode ser difícil de distinguir da ressaca ou de uma gripe. Em qualquer dos casos, trata-se de uma definição restritiva, já que muitos indivíduos que sofrem défices ou problemas médicos ou podem falecer devido a uma causa relacionada com o álcool podem nunca ter demonstrado sinais óbvios de abstinência física (Glanz, Grant, Monteiro, & Tabakoff, 2002). Daí que se recomende aos clínicos a utilização completa dos critérios do DSM-IV, bem como de instrumentos de avaliação devidamente validados.

O nível final de perturbações do comportamento depende da idade da pessoa, do seu peso, sexo e anteriores experiências com o álcool, bem no do seu nível de tolerância. Em indivíduos não tolerantes, ligeiras dificuldades de coordenação motora, sentidos e humor são experienciadas. Com níveis no sangue superiores a 300 mg de álcool/100 ml de sangue (30 mg%) pode suceder de amnésia a estágio 1 de anestesia. Níveis de 400-700 mg podem provocar coma, insuficiência

respiratória e morte, embora os indivíduos tolerantes possam manter-se despertos e capazes de falar, com níveis superiores a 780 mg% (Jaffe, 1990).

O álcool é uma substância atraente, já que os seus efeitos imediatos em doses moderadas são percebidos pelo consumidor como agradáveis. Além disso, para os não alcoólicos que não estão a tomar medicamentos e se encontrem em boa forma física, o álcool em doses de até duas bebidas por dia tem efeitos benéficos sobre a sociabilidade, possível estimulação do apetite e provável diminuição do risco de doença cardiovascular por reduzir as lipoproteínas de alta densidade (HDLs). Quando o álcool é tomado com moderação por esses indivíduos, com boa saúde, muitas das alterações patológicas que ocorrem são reversíveis. Contudo, uma vez que o consumo se torne superior a duas bebidas por dia, ou quando os indivíduos que estão doentes bebem, os prejuízos em vários sistemas do organismo podem ser mais graves e sinais precoces destas alterações podem levar o clínico a aumentar as suas suspeitas de que o doente que está em observação pode ser alcoólico (Gaziano, et al., 1993).

Quanto ao sistema digestivo, o álcool está associado a elevada taxa de doença ulcerosa, bem como inflamação da mucosa gástrica (gastrite) ou pancreática (pancreatite), à alteração do funcionamento do esófago, fígado “gordo”, hepatite alcoólica, hepatite crónica e cirrose. Mesmo em fracas doses, o álcool perturba a produção de açúcares pelo fígado (gliconeogénese) e causa desvios na produção de gorduras. Muitos dos problemas do fígado podem ser devidos ao consumo de álcool pelas células hepáticas como se se tratasse de um “combustível de escolha”, causando a escassez do dinucleótido da adenina nicotinamídica (NAD) como receptor do hidrogénio. Os problemas hepáticos parecem progredir do fígado “gordo” (causado por taxas repetidas de álcool no sangue iguais ou superiores a 80 mg/dl) para hepatite alcoólica (possivelmente não relacionada directamente com o fígado “gordo”) e subsequente cirrose, que pode começar pelo depósito de fibras em volta das veias internas, ou seja, esclerose hialina interna. Podem notar-se algumas alterações patológicas do fígado devidas a um consumo de apenas 20 g de álcool / dia nas mulheres e 40 g / dia nos homens, embora sejam necessárias doses mais elevadas durante um período de tempo mais prolongado para causar uma cirrose. Ao rever este assunto, o clínico que não seja especializado no tratamento de alcoólicos deve ter em atenção o facto de apenas cerca de um em cada cinco alcoólicos sofrer de cirrose (Dufour & Caces, 1993).

Através de alguns mecanismos hipotéticos, os alcoólicos têm também elevadas taxas de cancro do tracto digestivo (especialmente esófago e estômago), cabeça, pescoço e pulmões (Garro,

Espina, McBeth, Wang, & Wu-Wang, 1992). Este elevado risco pode estar relacionado com a irritação local do revestimento dos pulmões e do tracto digestivo, redução da acção protectora das mucosas ou défice do sistema imunitário, especialmente importante na destruição de células cancerosas. Os dados acerca do aumento da prevalência de cancro em alcoólicos não são abalados, mesmo quando se consideram os efeitos de mudanças da dieta, hábitos tabágicos e outros factores. Embora a maioria das lesões cancerosas esteja associada a um elevado consumo de álcool, dados recentes indiciam que o aumento de risco de pelo menos um dos tipos de cancro, o carcinoma da mama, pode ser causado pelo consumo de apenas uma ou duas bebidas por dia. Numa análise final, a possibilidade de cancro em alcoólicos ou grandes bebedores deve ser cuidadosamente avaliada e deve considerar-se o alcoolismo como possível diagnóstico suplementar, nos doentes com lesões cancerosas, especialmente da cabeça, pescoço, tracto digestivo e pulmões (Friedenreich, Howe, Miller, & Jain, 1993).

O consumo crónico de álcool provoca no sistema nervoso, a deterioração dos nervos periféricos das mãos e dos pés (uma neuropatia periférica encontrada em 5%-15% dos alcoólicos), bem como uma síndrome cerebral orgânica (SCO) temporária ou permanente, associada directamente ao álcool e ao défice de certas vitaminas relacionadas com a tiamina, como na síndrome de Wernicke-Korsakoff (detectada em menos de 5% dos alcoólicos). Calcula-se que entre 15% a 30% de doentes hospitalizados com SCO são alcoólicos cuja patologia devida ao álcool se tornou crónica. Outros problemas do SNC são uma descoordenação permanente de rápida evolução (degeneração do cerebelo), detectada em menos de 1% de alcoólicos, e outras patologias neurológicas mais raras e mais graves que podem causar rapidamente a morte (Williams & Skinner, 1990). Por fim, a ingestão maciça está associada a um elevado risco de AVC hemorrágico, mesmo no caso de outros factores como a tensão arterial estarem controlados (Beghi, et al., 1995). Como o DSM-IV reconheceu, a intoxicação é a mais frequente das formas de confusão relacionada com o álcool. Embora em muitos indivíduos a perturbação da consciência desapareça numa questão de horas, naqueles que anteriormente sofriam de danos cerebrais (por exemplo, alguns idosos e os que sofreram anterior trauma cerebral), ela pode manter-se durante dias ou semanas. Por isso, o álcool deve considerar-se como parte do diagnóstico diferencial de todos os estados de confusão que surgem subitamente. A relação entre o alcoolismo e formas permanentes de défice intelectual é menos clara. A maioria dos alcoólicos submetidos a desintoxicação demonstram alguns sinais de deficiências intelectuais e 40% a 70% podem mostrar hipertrofia ventricular cerebral (indicando

possível redução do tecido cerebral). Embora alguns investigadores sintam que existe uma relação entre a hipertrofia ventricular cerebral e as dificuldades em testes psicológicos, nem todos estão de acordo e é também possível que muitos alcoólicos recuperem em ambos os parâmetros, após alguns meses de abstinência. A etiologia destas alterações psicológicas é desconhecida, mas é possível que seja constituída por um trauma, défice de vitaminas e efeito tóxico directo do álcool no cérebro (Mann, Mundle, Längle, & Petersen, 1993).

Estima-se que cerca de um quarto dos alcoólicos desenvolva doenças do coração ou do sistema cardiovascular dado que o álcool, uma toxina para os músculos estriados, provoca uma inflamação ou miocardiopatia, anomalia ventricular esquerda pré-clínica, hipertensão e aumento das gorduras no sangue, incluindo o colesterol. Além disso, doses de apenas uma bebida podem reduzir o débito sanguíneo cardíaco e a contractibilidade cardíaca de não alcoólicos com doença cardíaca, podendo também reduzir as dores de alerta, ao mesmo tempo que aumentam a possibilidade de danos cardíacos ou isquemia em doentes com angina. Deve considerar-se sempre a possibilidade de alcoolismo em todos os indivíduos que mostram ligeiro aumento da tensão arterial (por exemplo, 145/95), especialmente se a tensão parece flutuar com o decurso do tempo (por exemplo, mais alta no princípio da semana) e uma dose de etanol tão pequena como 1 g/kg de peso corporal por dia durante cinco dias pode causar um significativo aumento da tensão, em indivíduos com história anterior de tensão alta (Russell, Cooper, Frone, & Welts, 1991).

O álcool também provoca a redução da produção de todas as células sanguíneas, resultando numa anemia dos glóbulos vermelhos com aumento do tamanho (macrocitose, provavelmente relacionada com défice de ácido fólico), redução da produção e actividade dos glóbulos brancos (que provavelmente causará um aumento da predisposição para a infecção) e redução da produção de factores de coagulação e plaquetas (provavelmente relacionado com o aumento de equimoses e hemorragias gastrointestinais). Há também redução de linfócitos derivados do timo que pode relacionar-se com as elevadas taxas de doença cancerosa verificadas nos alcoólicos. A combinação dos défices do sistema imunitário com perturbações do discernimento que se produzem durante a intoxicação, podem aumentar as possibilidades de contrair o HIV/SIDA. Para além disto, o enfraquecimento do sistema imunitário aumenta a vulnerabilidade à tuberculose, infecções bacterianas e virais e cancro (Roselle, 1992).

O sistema muscular também é muito sensível ao álcool e um episódio de consumo agudo pode causar uma inflamação muscular, ou, nos alcoólicos crónicos, perda da massa muscular, começando pelos ombros e quadris. A rápida destruição da massa muscular pode causar um estado conhecido como rabdomiólise, com dores musculares agudas e insuficiência renal (Sacanella, et al., 1995).

É possível que mesmo as doses ocasionais de álcool provoquem alterações transitórias das hormonas mais importantes, incluindo a prolactina e o cortisol e a diminuição da acção da hormona paratiróide, estando esta última associada à redução dos níveis de cálcio e magnésio do sangue. A administração de álcool em doses relativamente elevadas não provoca tolerância para todos esses efeitos e podem surgir problemas relacionados. As consequências disto, bem como os efeitos directos do álcool, podem incluir atrofia testicular no homem, irregularidades menstruais na mulher e possíveis efeitos no desenvolvimento do feto. Nem todas estas alterações são necessariamente perigosas, pois existem evidências de que a ingestão ligeira a moderada pode também aumentar os níveis de estrogénio, o que terá um efeito de moderação de alguns sintomas da pós-menopausa. Existe também a possibilidade de que as interacções do álcool e das hormonas não tenham o mesmo sentido; por exemplo, a hormona de libertação da tirotropina reage a fracas doses de álcool, provocando uma diminuição da intoxicação. O funcionamento sexual também é atingido. Os homens podem sofrer uma redução da produção e mobilidade dos espermatozóides, um efeito directo do álcool nos testículos; diminuição do volume de esperma ejaculado, do número de espermatozóides e sua mobilidade (fenómeno que poderá melhorar após três meses de abstinência); diminuição da testosterona e impotência (através de mecanismos psicológicos, neuropatia periférica dos nervos do períneo e/ou destruição dos testículos). O resultado global é uma diminuição da função sexual, tanto nos homens como nas mulheres. Nas mulheres podem surgir irregularidades menstruais e o álcool pode afectar o desenvolvimento do feto – síndrome fetal alcoólica (Bartels, et al., 2007; Laitinen, et al., 1991).

Em anos recentes, surgiram estudos acerca do aumento significativo do risco de fracturas em homens e mulheres pendentes de álcool, juntamente com provas radiológicas de que a densitometria se reduzia. Os mecanismos envolvidos neste fenómeno não são completamente conhecidos. Contudo, é possível que as alterações crónicas da hormona paratiróide devidas a elevadas doses de álcool (por oposição às doses fracas de álcool anteriormente referidas),

conjugadas com as possíveis consequências dos elevados níveis de cortisol associados ao consumo maciço, possam reduzir a densidade óssea. Este e outros mecanismos podem contribuir para a efectiva reabsorção do tecido ósseo e o desenvolvimento da osteoporose (Santori, et al., 2008).

O álcool tem um profundo efeito no metabolismo dos hidratos de carbono. Estas interações são complexas e dependem do estado geral de nutrição, bem como da cronicidade das experiências com o álcool. Em geral, além das anomalias metabólicas da célula hepática, a administração crónica de álcool prejudica a aptidão do fígado e do pâncreas para o controlo dos carboidratos. É possível que doses ocasionais de álcool prejudiquem a aptidão de as células responderem adequadamente à insulina, ocasionando o défice de sensibilidade da insulina durante a abstinência do álcool. Estes diferentes estados podem ser associados a níveis muito elevados ou muito baixos de glicose no sangue e estas alterações podem ter um marcado efeito adverso no controlo de açúcares no sangue entre os diabéticos. Estas alterações da regulação dos carboidratos podem contribuir para a dificuldade de manutenção de um equilíbrio ácido-base normal, que pode causar um estado conhecido por cetoacidose alcoólica. Neste estado, o doente pode encontrar-se em risco de vida, queixando-se de náuseas, dores abdominais e vómitos. Os valores de açúcar no sangue não são normais e estão associados a níveis reduzidos de outros electrólitos, incluindo sódio, potássio, magnésio, cálcio e fósforo (Fan, et al., 2008; Tanaka, Miyazaki, Ishikawa, & Matsuyama, 2004; Wrenn, Slovis, Minion, & Rutkowski, 1991).

Podem surgir outros problemas relacionados com o álcool através de outros mecanismos. O álcool provoca outras anomalias que se traduzem nas análises do sangue, incluindo as da função hepática, da composição do sangue, da creatinofosfoquinase (CPK) e ácido úrico. Outras áreas em que o álcool produz efeitos importantes são a dental, com doenças das gengivas, aumento da glândula parótida, aumento dos riscos potenciais de cárie e aumento do risco de cancro da boca. O álcool também tem consequências negativas na nutrição, interferindo com a absorção das vitaminas, devido ao défice no transporte destes e outros nutrientes no intestino delgado. O álcool não produz apenas o défice de regulação normal renal de substâncias como o ácido úrico, mas parece também interferir com a capacidade de recuperação do rim após doença. Doses elevadas de álcool parecem aumentar o risco de infecções da pele, agravamento da psoríase e surgimento de eczema, quer pelo seu efeito directo quer pela sua interferência no sistema imunitário (Andrade,

Martins-Filho, Coelho-Neto, Mesquita, & Faria, 2008; Hamid & Kaur, 2007; McDowell, 2006; Rao, 2004; Rosman, 1992).

Qualquer discussão dos efeitos do álcool no organismo seria incompleta se não fossem mencionadas as consequências do alcoolismo naquilo que constitui, provavelmente, o maior impacto na morbidade e mortalidade – a condução e operação de veículos. Existem sólidas provas de que mesmo com um nível de álcool no sangue tão baixo como 15 mg/dl (isto é, aproximadamente uma bebida), provoca um acentuado déficit na capacidade de condução de um veículo automóvel. Os mesmos défices foram observados em pilotos experientes, em simulações de voo, e um estudo recente demonstrou um déficit das capacidades de pilotagem durante 14 ou mais horas, com um nível de álcool no sangue de 100 mg/dl. Deste modo, a probabilidade de ocorrer um acidente (em casa, no local de trabalho, nas estradas ou nos céus) aumenta significativamente com doses moderadas de álcool. Embora muitos dos condutores condenados pela primeira vez por condução sob os efeitos do álcool não sejam alcoólicos (se bem que já envolvidos em práticas perigosas para si próprios e para os que os rodeiam), é possível que muitos deles, enviados pelos tribunais a serviços médicos para avaliação, preencham os critérios de alcoolismo. Em qualquer caso, alcoólicos ou condutores com déficit do discernimento, a redução da capacidade de condução de veículos automóveis constitui parte importante do quadro de efeitos do álcool (Levy, et al., 2002).

Para além das modificações fisiológicas que ocorrem com o álcool, existe também um número importante de consequências emocionais. Se o consumo é moderado, quando se atinge o pico de nível de álcool no sangue, ou quando este se reduz, a maioria das pessoas (alcoólicos e “normais”) sentem tristeza, ansiedade, irritação e uma larga variedade de problemas interpessoais (Maier, Lichtermann, & Minges, 1994). Com doses permanentes mais elevadas, o álcool pode provocar quase todos os sintomas psiquiátricos, incluindo quadros temporários de tristeza profunda, alucinações auditivas e/ou paranóia em processos em que há lucidez e intensa ansiedade. A insónia pode surgir na intoxicação simples pelo álcool, já que este tende a fragmentar o sono, tendo como resultado a redução das fases de sono profundo e o acordar frequente. Pode esperar-se que estes problemas se mantenham nos alcoólicos por períodos de 3-6 meses, como parte da fase de abstinência “tardia” (de Bruijn, van den Brink, de Graaf, & Vollebergh, 2005). Outra consequência do álcool com efeitos físicos e mentais é a “ressaca”. Embora conhecida há centenas de anos, pouca investigação sistemática se fez nesta área. A ressaca consiste num conjunto de sintomas que

podem incluir dores de cabeça, vômitos, sede, redução do apetite, tonturas, fadiga e tremuras. É um fenómeno muito frequente, tendo sido referida, pelo menos, uma ressaca em 40% de homens com mais de 18 anos e em 27% de mulheres com a mesma idade, incluindo, respectivamente, 5% e 1% de sujeitos que tiveram uma ou mais ressacas por mês, durante o ano precedente (McKinney & Coyle, 2007). A gravidade dos sintomas varia largamente, mas está provavelmente relacionada com a quantidade de álcool ingerida. Foi sugerido um número hipotético de mecanismos para este fenómeno, incluindo alterações dos níveis de vasopressina e de dopamina no hipotálamo e alteração das prostaglandinas ou da actividade beta-adrenérgica, bem como a possibilidade de que estes sintomas representem um grau moderado de abstinência do álcool (Mäki, et al., 1998). Para além da prevenção, limitando a ingestão de etanol, não existe nenhuma abordagem ou tratamento convincente para este fenómeno tão frequente. Um terceiro fenómeno relacionado com o uso de depressores do cérebro, incluindo o álcool, é o *blackout*. Esta designação aplica-se aos indivíduos que consumiram quantidades suficientes do depressor com a rapidez necessária para experimentarem a interferência da substância na aquisição e armazenagem de novos conhecimentos. Talvez um terço dos alcoólicos refira pelo menos um *blackout* alcoólico, o mesmo se aplicando a dois terços ou mais de indivíduos dependentes do álcool. O problema parece ser a dificuldade em assimilar novos conhecimentos quando a intoxicação é intensa, sendo impossível localizar tais informações na memória, minutos após a sua ocorrência. Uma história de *blackout* constitui em si mesma uma indicação importante de que a pessoa, pelo menos numa ocasião, consumiu com demasiada rapidez uma quantidade excessiva de álcool. Contudo, na ausência de outros indicadores de problemas relacionados com o álcool, o *blackout*, só por si, não é suficiente para prever o desenvolvimento da dependência do álcool (Hartzler & Fromme, 2003).

O álcool é completamente absorvido pelo revestimento das membranas do tracto digestivo, especialmente pelo estômago e porção proximal do intestino delgado. Apenas 5%-15% são excretados directamente pelos pulmões, suor ou urina, sendo o resto metabolizado pelo fígado a uma velocidade de cerca de uma bebida por hora, o equivalente a 7 g de etanol por hora, sendo 1 g equivalente a 1 mg por cento de álcool. A metabolização faz-se normalmente pela enzima de desidrogenase do álcool (ADH), embora uma certa quantidade de álcool seja metabolizada pelo sistema microssomático do fígado. Assim, o produto mais abundante do metabolismo do álcool é o acetaldeído, uma substância altamente tóxica que, felizmente, é rapidamente metabolizada como dióxido de carbono e água, por meio de diversos mecanismos (Maillot, Farad, & Lamisse, 2001). A

ADH e a desidrogenase enzimática (ALDH) são utilizadas pelo organismo com diversas finalidades, além do metabolismo do etanol. Ambas as enzimas são geneticamente controladas e, no homem, a ADH tem oito ou mais isoenzimas, cada uma delas com diferentes propriedades metabólicas e diferentes padrões em diferentes grupos. As mulheres possuem menor quantidade de ADH na mucosa gástrica e revestimento do estômago, sendo mais provável que os seus níveis de álcool no sangue sejam mais elevados quando bebem, devido ao facto de se metabolizar menor quantidade de álcool antes de ele se distribuir pelo organismo através do sangue. No homem, a ALDH possui, pelo menos, quatro isoenzimas significativas e a que apresenta uma maior actividade fisiológica em relação ao acetaldeído, ALDH-I, está ausente em cerca de 50% de homens e mulheres asiáticos (Edenberg, 2007; Frezza, et al., 1990).

O padrão de evolução do alcoolismo primário revela os primeiros problemas graves relacionados com o álcool entre o fim dos 20 anos e o início dos 30, muitos deles procurando tratamento no início dos 40 anos após mais de uma década de situações problemáticas (Moos & Moos, 2007). Se os problemas com o álcool persistirem, o alcoólico provavelmente morrerá 15 anos mais cedo do que a idade média de morte da população geral, sendo as causas de morte principais (por ordem decrescente de importância) ataque cardíaco, cancro, acidentes e suicídio (Timko, Debenedetti, Moos, & Moos, 2006). Os números referentes ao suicídio, 3% a 10% de redução do tempo de vida são um reflexo provável daquilo que, de outro modo, seriam episódios depressivos intensos e temporários, que se desenvolvem num quadro de ingestão maciça (Nemtsov, 2003). As causas de morte referidas não incluem as perturbações graves que se detectam em taxas mais elevadas entre os alcoólicos do que na população geral, tais como cirrose, pancreatite e infecções várias. Estas descobertas provam que o etanol afecta diversos sistemas do organismo. Assim, cerca de 93% de alcoólicos que procuraram tratamento sofriam de importantes problemas médicos, incluindo 15-25% com hipertensão, doença ulcerosa ou doença pulmonar obstrutiva crónica; aproximadamente 10% com gastrite, epilepsia ou neuropatia periférica; e menos de 5% com cardiomiopatias (Ashley, et al., 1981). A abstinência por períodos longos pode fazer com que estas patologias regressem a níveis normais de risco. O curso do alcoolismo é instável, com poucos ou nenhuns casos de alcoólicos que se mantenham permanentemente embriagados até a morte (Moos & Moos, 2007). O alcoólico vulgar tanto pode ser um operário como um quadro superior que alterna períodos de abstinência (ou em que bebe muito pouco) com períodos em que bebe maciçamente. Periodicamente, metade dos alcoólicos mantém-se abstinente durante um mês, com uma média de

quatro meses “secos” em cada período de 1-2 anos. Assim, o alcoólico médio atravessa períodos de abstinência espontânea e em que bebe acentuadamente menos, que parecem alternar com períodos em que bebe maciçamente. As características gerais desta história natural do alcoolismo são iguais nos homens e nas mulheres. Um outro aspecto da evolução do alcoolismo é o forte risco que lhe está associado de fumar imoderadamente. A questão de um alcoólico regressar a períodos de “controle” ou em que não tem problemas com a bebida tem sido discutida acaloradamente. O problema tem por base a definição de *ingestão controlada*, em relação à qual existem estudos que incluem indivíduos que tomam oito bebidas por dia, mas cujos relatos não foram submetidos a verificação nem comprovados por testemunho de pessoas próximas. Contudo, estudos de seguimento de grupos de indivíduos indicam que talvez 1-5% dos alcoólicos possam atingir um estado em que, durante anos, bebem pequenas quantidades de etanol sem terem problemas. Estas pessoas não preenchem os critérios mais rigorosos de alcoolismo, no que se refere à quantidade ingerida (isto é, provavelmente tiveram problemas relacionados com o álcool menos graves e difundidos). Por tal motivo, muitos dos tratamentos assentam na abstinência como a única meta viável de tratamento, dado que 95% dos alcoólicos não deverão conseguir atingir um longo período bebendo de forma controlada e na qual os curtos períodos em que bebem sem ter problemas fazem parte da evolução natural da maioria dos alcoólicos. Contudo, a possibilidade de uma remissão espontânea (10-30%) aumenta com os mesmos factores que indiciam um bom prognóstico no início do tratamento (por exemplo, ter emprego, viver com a família e não ter cadastro) (Helzer, et al., 1985).

1.2.3. Estimulantes do Sistema Nervoso Central

Os estimulantes são medicamentos largamente prescritos e, como tal, muito sujeitos a uso nocivo. A utilização não clínica de estimulantes ocorreu durante séculos, tendo começado ainda antes da descoberta das folhas de coca pelos nativos dos Andes, no seu esforço para mitigar a fome e a fadiga. A cocaína foi isolada pela primeira vez na Alemanha em 1857 e as suas propriedades de anestésico local foram aplicadas em oftalmologia na década de 1880. A anfetamina foi sintetizada pela primeira vez em 1887 e as suas propriedades clínicas foram reconhecidas em 1930, mas até meados dos anos 50 ou início dos anos 60, os estimulantes eram geralmente considerados como seguros. Este reconhecimento manteve-se, apesar das evidências da larga utilização nociva da cocaína na Alemanha, após a Primeira Grande Guerra e autênticas epidemias de abuso de estimulantes no Japão, após a Segunda Guerra Mundial. No Japão, a elevada prevalência de

problemas na população geral pode reflectir a fácil disponibilidade das anfetaminas, usadas como comprimidos “para acordar” pelas tropas americanas aí estacionadas (Jaffe, 1990).

Os estimulantes abrangem uma larga variedade de substâncias, incluindo todas as formas de cocaína e anfetaminas que compartilham a aptidão para estimular muitos níveis do SNC. O seu funcionamento, ou pelo menos parte, é através da libertação ou bloqueio da recaptação de neurotransmissores (como a dopamina e a norepinefrina) das células nervosas. Alguns deles, para além disso, podem mimetizar os efeitos de neurotransmissores, como a NE, por meio de um efeito directo nas próprias células nervosas. Estas drogas produzem também efeitos noutros neurotransmissores, incluindo a serotonina, acetilcolina e ácido gama-aminobutírico (GABA). Existe também evidência de alguns efeitos nos receptores *mu* dos opiáceos. A combinação destas modificações provoca alterações no metabolismo cerebral e no fluxo sanguíneo e está associada a sensações de intensa estimulação e euforia. Os efeitos destas drogas são muitos semelhantes em todas as formas de anfetaminas (incluindo *ice*) e nas diversas formas de cocaína, independentemente do modo de administração. É claro que a via oral provoca uma das formas de acção mais lentas, observando-se uma resposta cerebral mais rápida se a substância for fumada ou injectada. Em qualquer destes modos de administração é provável que talvez metade ou mais da substância seja destruída pelo fígado, pouco depois de tomada. Grande parte da droga é também excretada pela urina, sendo possível que ao acidificar a urina (por exemplo, administrando vitamina C) se torne mais rápido o desaparecimento da droga no sangue (Winger, Woods, & Hofmann, 2004). Os efeitos mais frequentes das anfetaminas e da cocaína, quando tomadas em doses terapêuticas, incluem ligeiro aumento da frequência cardíaca, da tensão arterial e sensação de bem-estar, além de aumentarem concentração. Estas alterações são acompanhadas por uma redução do apetite, ao mesmo tempo que aumenta a glicose no sangue e a coagulação, aumentando também a tensão muscular. Os efeitos das drogas são proporcionais às quantidades administradas, com muitos indivíduos que usam de anfetaminas ou cocaína a tomarem quantidades de 100 mg-300 mg por dia, tendo sido referidas tomas de várias centenas de miligramas por dia (Winger, et al., 2004). Estima-se que 60%-80% dos consumidores de cocaína e muitos dos que abusam ou dependem das anfetaminas consomem simultaneamente álcool. Quando são tomados nas doses habituais de rua, tem sido referido que estes estimulantes atenuam alguns dos défices cognitivos provocados por doses de álcool baixas ou moderadas. Contudo, a administração repetida de cocaína e álcool faz com que este pareça aumentar a sensibilidade do organismo às doses seguintes de cocaína, a

cocaína pode atenuar a taxa de tolerância ao álcool, provocando assim uma resposta mais intensa a este último. Pelo menos alguns destes efeitos ocorrem devido ao facto de a combinação do álcool e da cocaína produzir uma terceira substância activa, o cocaetilenó. Esta substância tem uma semi-vida mais longa do que a cocaína (duas horas contra 38 minutos da cocaína), parecendo também funcionar pelo bloqueio da dopamina das células pré-sinápticas. Tem-se colocado a hipótese de que esta intoxicação mais duradoura e intensa pode representar um risco 20 vezes maior de morte por ataque cardíaco em indivíduos com doença coronária anterior (Cami, Farré, González, Segura, & de la Torre, 1998; Pecins-Thompson & Peris, 1993).

Tal como acontece com o álcool, existem informações que indicam que níveis de resposta às drogas estimulantes (incluindo anfetamina e cocaína) não são iguais em todos os indivíduos (Morgan, et al., 1993). Foi observado em experiências, pelo menos em diferentes espécies de animais, que a intensidade da resposta aos estimulantes está intimamente ligada com a quantidade de droga auto-administrada. Assim, os efeitos dos estimulantes nos neuroquímicos, circulação cerebral e taxa de utilização da glicose podem ser estudados em termos gerais, mas é possível que a intensidade dos efeitos varie conforme as diferenças genéticas, exposição anterior a estas drogas ou outras semelhantes, administração simultânea de outras substâncias como o álcool, bem como uma variedade de outros factores de fundo. A cocaína é vendida “na rua” no estado de pó impuro, frequentemente “cortado” ou expandido com glicose, lactose e manitol, com um teor provável de pureza da cocaína entre 0% e 17%, na dose típica. A cocaína é bem absorvida por todas as vias de administração, mas mais frequentemente é injectada na veia (IV) ou inalada (IN). A dose “normal” utilizada pelo consumidor não tolerante típico situa-se entre 20 e 100 mg (Jaffe, 1990). Recentemente, a droga tem sido fumada juntamente com tabaco, embora esta prática não surta efeitos, já que o sulfato de cocaína tem um ponto de fusão próximo dos 200°C. Como consequência, a “base livre” (*free base*) da cocaína foi desenvolvida para baixar o ponto de fusão para 98°C, de modo a ser utilizada salpicando o tabaco, ou fumando-a em cachimbos especiais. A base livre obtém-se por adição de uma base forte (por exemplo, amónia compensada) a uma solução aquosa de cocaína, extraíndo-se em seguida o precipitado, constituído por uma base livre alcalina. As alterações semelhantes da estrutura do sal produziram uma forma cristalizada de cocaína, conhecida nas ruas como *crack*, *rock* ou base. O ponto de fusão relativamente baixo e a pronta solubilidade desta preparação em água, bem como as novas técnicas de *marketing* ligadas a esta apresentação relativamente moderna, parecem ser responsáveis pela larga utilização desta forma de cocaína (Gossop, Griffiths, Powis, & Strang, 1994). Por outro lado, os efeitos

predominantes da cocaína são semelhantes, qualquer que seja a forma do sal. Por este motivo, é provável o aparecimento dos mesmos problemas com o *crack* ou outras formas de cocaína, muito embora o rápido aparecimento e intensidade dos efeitos do *crack*, quando fumado, possam precipitar as psicoses. Os níveis deste estimulante do SNC no sangue são semelhantes, quer seja tomado IV ou IN, fumado ou por via oral, embora a respectiva semi-vida possa variar conforme a via de administração. Através de quase todas as vias de administração, os níveis mais intensos no sangue surgem rapidamente (em 5-30 minutos) (Mahoney, Kalechstein, De La Garza, & Newton, 2008).

A maior parte da droga desaparece dentro de duas horas (semi-vida aproximadamente de 1/2 a uma hora), embora persista alguma actividade durante quatro horas ou mais. Os efeitos mais duradouros são provavelmente os que se observam após a administração IN, já que a droga activa parece permanecer na mucosa nasal durante três ou mais horas, provavelmente devido a vasoconstricção local. A quantidade efectiva consumida varia conforme a pureza da preparação, mas um cigarro pode conter até 300 mg. A maior parte da droga é metabolizada no fígado e parte dela por meio de esterases do plasma, sendo uma pequena quantidade excretada inalterada pela urina. A cocaína não desaparece rapidamente do corpo, podendo detectar-se vestígios em amostras de urina após três ou mais dias (Zwerling, Ryan, & Orav, 1990).

Os efeitos mais óbvios dos estimulantes produzem-se no SNC, nos nervos periféricos (fora do SNC) e no sistema cardiovascular. Clinicamente, a droga provoca euforia, diminui a fadiga e a necessidade de dormir, pode aumentar o desejo sexual, interferir com os padrões normais de sono, reduzir o apetite, aumentar a energia e apresentar tendência para reduzir a distração nas crianças (Jaffe, 1990). Parece possível que o défice de discernimento e as alterações psicológicas verificadas com os estimulantes também coloquem problemas na condução de veículos automóveis, embora tais problemas necessitem maior investigação (Stoops, Glaser, & Rush, 2003). Fisicamente, as drogas produzem tremor das mãos, agitação e frequência cardíaca aumentada. Muitas das substâncias têm acções semelhantes às da anfetamina, embora a metanfetamina tenha menos efeitos cardíacos (especialmente em doses baixas) e o metilfenidato, a fenmetrazina são menos potentes (Jaffe, 1990).

Os efeitos predominantes da cocaína no SNC mostram uma resposta bifásica, em que as doses mais baixas tendem a melhorar a performance motora, mas as doses mais elevadas causam um défice, com fortes tremores e mesmo convulsões. Pode também causar no SNC náuseas e vômitos, pupilas dilatadas e aumento da temperatura, reflectindo provavelmente um efeito directo

no cérebro e efeitos indirectos através de contracções musculares. Quanto aos músculos, não existe evidência de que a cocaína aumente a força, mas verifica-se redução da fadiga, provavelmente mediada pelos efeitos no SNC. Os efeitos no sistema cardiovascular são também bifásicos, onde as doses fracas produzem a redução da frequência cardíaca por acção no nervo vago e as doses mais fortes produzem o aumento da frequência cardíaca e a vasoconstrição, tendo como resultado o aumento da tensão arterial, bem como de arritmias (Jaffe, 1990).

Assim, para além das complicações médicas associadas às *overdoses* também existem as relacionadas com o uso de agulhas contaminadas, tais como a endocardite, tétano, hepatite, embolias, abscessos, HIV/SIDA. Nos indivíduos que “snifam” cocaína, a constrição dos vasos da mucosa nasal pode ser tão forte que o septo nasal é destruído. Outro perigo que ocorre após inalar ou fumar cocaína é a possibilidade de aspiração, devida a anestesia da faringe ou da laringe. Podem também surgir problemas pulmonares após fumar estimulantes, incluindo a cocaína. Estes vão desde a irritação local, como a bronquite, até à redução da eficácia da circulação nos pulmões. A elevada tensão arterial que acompanha o uso de drogas estimulantes pode provocar hemorragia cerebral. Como já foi referido, consumo rápido de qualquer destas drogas, especialmente cocaína ou metanfetamina, ocasiona o rápido aumento da frequência cardíaca, podendo provocar fibrilação, paragem respiratória e morte. Um fenómeno associado que ocorre como consequência da estimulação do coração e do espasmo dos vasos cardíacos é a possibilidade de enfarte do miocárdio ou ataque cardíaco, estando documentados numerosos destes casos ocorridos em jovens adultos saudáveis. Estas complicações cardíacas potencialmente fatais parecem ser impossíveis de prognosticar e tanto pode surgir em consumidores ocasionais de estimulantes como nos crónicos (Winger, et al., 2004).

É provável que a cocaína e outros estimulantes do cérebro atravessem a placenta e atinjam o feto. Os resultados podem ser a diminuição do fornecimento de oxigénio, bem como efeitos directos do estimulante no feto, causando alterações da pequena circulação e cardíacas semelhantes às descritas. Parece que o abuso de cocaína durante a gravidez pode causar um aumento significativo de abortos espontâneos, parto prematuro e ruptura da placenta, bem como recém-nascidos com diminuição aparente (temporária) da resposta ao ambiente. Referiu-se também que o uso de cocaína está relacionado com a diminuição do crescimento do feto. O comportamento estereotipado durante a intoxicação pode incluir bruxismo (ranger dos dentes), que pode provocar erosão dos dentes e problemas dentários. Pode notar-se uma variedade de problemas de pele,

incluindo arranhões (secundários a ideias delirantes de insectos na pele) e úlceras. O uso da cocaína também está associado ao aumento geral de morte violenta, podendo esta ocorrer devido a acidentes ou a suicídio. Contudo, existe um risco significativamente maior de morte por homicídio, frequentemente em situações em que o consumidor de cocaína demonstra comportamentos agressivos. Outros problemas médicos associados à cocaína e à anfetamina incluem a possibilidade de alterações do fígado e de áreas do cérebro que controlam a resposta hormonal, embora ambos os problemas pareçam ser reversíveis (Budd, 1989; Zuckerman, et al., 1989).

Os que abusam clinicamente de substâncias começam normalmente utilizar a medicação para reduzir o peso, para tratar a fadiga, dores menstruais, em épocas de estudo para exames ou para os ajudar durante a condução em longas viagens. O doente pode obter toda a substâncias através de um só médico, por meio de diversas receitas ou receitas possam ser aviadas mais do que uma vez ou então através de receitas simultâneas obtidas em várias fontes clínicas. Refere-se, por vezes, que abuso tende a começar por lenta escalada das doses, talvez como consequência de tristeza, fadiga e aumento do apetite, que surgem quando começa a tolerância. As tentativas para parar a medicação resultam em aumento da fadiga e, consequentemente, aumento da necessidade de dormir (hipersónia), que por sua vez provoca nova escalada nas doses. Encontra-se um padrão relacionado de abuso social em estudantes, em indivíduos que trabalham por turnos, em motoristas de veículos pesados, em pessoas com ciclos de sono anormais, ou que têm necessidade terminar uma tarefa demorada num curto espaço de tempo, sem possibilidade de dormir suficientemente. Nestas circunstâncias, é quase certo o aparecimento da fadiga e da depressão secundárias ao uso de estimulantes, podendo alguns indivíduos dar mostras de paranóia, labilidade emocional e mesmo violência (Schuckit, 1998).

O consumidor de drogas de rua pretende conseguir uma alteração estado da consciência, tomando drogas por via oral, IV ou por inalação. Um dos padrões revela que a pessoa faz um uso nocivo crónico da droga por si só ou combinada com outros medicamentos depressores. Um outro padrão mostra que a pessoa tem períodos repetidos de “corridas” às anfetaminas (ou cocaína), tomando a droga permanentemente durante 2-4 dias. Podem surgir problemas de abstinência e psicoses qualquer que for a administração ou padrão de consumo, apesar de serem mais provável ocorrer com a administração IV durante uma “corrida” (Griffin, Weiss, Mirin, & Lange, 1989).

O padrão de uso é geralmente semelhante nos homens e nas mulheres com algumas diferenças menores entre os dois sexos, que podem reflectir regras sociais, mais do que factores

inerentes às próprias drogas. Embora uma quantidade substancial de consumidores pareça tomar estas drogas ocasionalmente, sem qualquer padrão típico de problemas persistentes, a avaliação de amostras de indivíduos tratados e não tratados, com problemas devidos à cocaína e às anfetaminas, revela um elevado índice de dificuldades. Estas dificuldades são comuns quer aos jovens consumidores de rua, quer aos homens e mulheres mais educados de classe média, frequentemente de tipo caucasiano, com 30 a 40 anos de idade. No que diz respeito à cocaína, diversos relatórios revelam que o uso repetido pode custar cerca de 500 a 1800 euros por mês. Daí que seja óbvio que metade ou mais dos que usam cocaína referem ter problemas familiares relacionados com os estimulantes, problemas no trabalho, negligência das actividades habituais e sensação de ser incapaz de parar de consumir a droga. Metade a dois terços dos consumidores poderão referir períodos em que sentem um certo nível de paranóia ou alucinações associadas aos estimulantes, e 80%-90%, provavelmente, referirão terem tentado diversas estratégias para controlar o uso, embora apenas 15-30% procurem ajuda. Talvez 80% ou mais destes homens e mulheres usem a cocaína em conjunto com o álcool; o indivíduo médio com problemas devidos à cocaína admite ter tido experiências com mais três ou quatro outras drogas, e 10%-44% preenchem os critérios da perturbação anti-social da personalidade, com divergências apenas resultantes de diferentes definições do diagnóstico desta síndrome (Kleber, et al., 2006).

1.2.4. Opiáceos

Historicamente, o amplo abuso de opiáceo verificado na Europa e Estados Unidos no virar do século, foi resultado da compra legal de morfina e compostos relacionados, principalmente por mulheres da classe média. A preponderância do abuso “clínico” de opiáceos continuou até que estes foram submetidos a controlo legal no início de 1900, após o que se iniciou o uso nocivo de “rua” destas substâncias, principalmente por homens jovens, provenientes de áreas pobres. Desde meados dos anos 60, o abuso destas substâncias estendeu-se de novo à classe média, onde são obtidas quer junto de médicos, quer no “mercado negro” (Berridge, 1977).

Os opiáceos principais incluem substâncias naturais tais como o ópio, a morfina e a codeína; drogas semi-sintéticas produzidas por alterações químicas menores nos produtos básicos da papoila dormideira (por exemplo, heroína, hidromorfina e oxicodona); e analgésicos sintéticos tais como o propoxifeno e a meperidina. A relativa potência destas drogas pode ser calculada de modo aproximado pelas doses habituais, com uma dose padrão de 10 mg de morfina suficiente para

provocar a analgesia num indivíduo médio (Jaffe, 1990). Para além disto, existe um certo número de outras drogas nas quais se criaram estruturas para evitar as restrições legais (*designer drugs*), muitas das quais são variantes da meperidina (Smith, Larive, & Romanelli, 2002). Estas drogas sofrem um metabolismo semelhante no corpo, mas diferem no respectivo grau de absorção oral (baixo no caso da heroína e elevado no caso do propoxifeno). A heroína é rapidamente convertida pelo organismo em morfina. A metabolização produz-se maioritariamente no fígado, e os metabólitos resultantes são excretados pela urina e pela bilis. Cerca de 90% do volume excretado destas drogas (com excepção de substâncias com semi-vida muito longa como a metadona) ocorre dentro das primeiras 24 horas, embora se possam encontrar metabólitos durante 48 horas (Jaffe, 1990; Schuckit, 1998).

As substâncias aqui referidas ligam-se aos receptores opiáceos endógenos, competindo com as substâncias produzidas pelo próprio corpo, nomeadamente as endorfinas e as encefalinas. Estas, parecem intervir na regulação da percepção da dor, nos estados normais de humor, no desenvolvimento de psicoses e na mediação da acção de outras substâncias susceptíveis de uso nocivo (Dodgen & Shea, 2000; Schuckit, 1998).

Embora as características específicas de tais receptores sejam relativamente complexas, podem ser deduzidos alguns princípios gerais. Os receptores *mu* dos opiáceos têm acções importantes na depressão respiratória, na analgesia, na euforia e no desenvolvimento da dependência. Assim, não surpreende que a actividade dos receptores *mu* (algumas vezes designados em subtipos *mu1* e *mu2*) pareça ter grande impacto no reforço das propriedades dos opiáceos e que tanto a morfina como a heroína tenham notórios efeitos *mu*. Estes receptores também afectam a motilidade gástrica, o ritmo respiratório e o comportamento. Os receptores *k* têm marcada acção nos níveis de sedação e sono, bem como na diurese (produção de urina) e podem também ter impacto na dependência. A estimulação dos receptores *sigma* pode causar sensação de desconforto emocional ou disforia e pode ser responsável por alucinações. Estas estruturas podem não ser verdadeiros receptores dos opiáceos, porque não são bloqueadas pela naloxona. Pensa-se que os receptores *sigma* têm algum papel em certos sintomas psicóticos. Finalmente, os receptores *delta* têm uma notória actividade cardiovascular e também contribuem para a analgesia. Pode-se verificar por esta descrição que é possível que as propriedades de reforço ou de eficácia de um opiáceo sejam o resultado de alterações de um certo tipo de receptor, enquanto os sintomas mais notórios da abstinência podem estar intimamente relacionados com outro tipo de receptor. Estas descobertas reforçam a esperança de, num futuro próximo, poderem ser desenvolvidos analgésicos

mais seguros e mais eficazes, com actividade receptora mais selectiva. Existiria a possibilidade de se produzirem analgésicos poderosos, mas sem potencial para provocar depressão respiratória ou dependência (Wang, Sun, & Sadee, 2007).

Um terceiro aspecto clinicamente relevante da farmacologia dos opiáceos e da actividade dos receptores é constituído pelos nossos conhecimentos mais recentes acerca dos antagonistas dos opiáceos. Estas substâncias podem deslocar os opiáceos dos receptores e, assim, antagonizar ou bloquear as suas acções, mas não têm propriedades próprias analgésicas, ou de outra natureza. A ideia de que existem antagonistas “puros” dos narcóticos implica a possibilidade da existência de antagonistas parciais. Estas drogas são susceptíveis de estimular os receptores *mu*, mas apenas de forma incompleta, com uma subsequente actividade receptora insuficiente. Devido ao facto de ocuparem o receptor sem produzirem um máximo de acção, estas substâncias parcialmente agonistas-antagonistas podem mesmo provocar sintomas de abstinência em indivíduos já fisicamente dependentes de agonistas puros (como heroína ou metadona). Pensa-se também que, como consequência dos seus efeitos parcialmente agonistas, estas substâncias mistas agonistas-antagonistas são menos susceptíveis de provocar sedação ou depressão respiratória tão intensas como os agonistas puros. Quando começaram a ser utilizadas, esperava-se que a sua aptidão para ocupar os receptores sem os activar completamente, significasse que elas seriam menos susceptíveis de abuso e habituação física. Infelizmente, tal não é o caso, tendo-se verificado o abuso relativamente alargado e grave de algumas destas substâncias (Singh, Mattoo, Malhotra, & Varma, 1992). Como nota final acerca da farmacologia dos opiáceos, refiram-se as chamadas *designer drugs*. A tentativa para produzir substâncias semelhantes à meperidina ou heroína sintética em laboratórios “artesaniais”, resultou frequentemente na contaminação com 1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetra-hidropiridina (MPTP). Este produto químico provoca a destruição irreversível dos neurónios ricos em dopamina em áreas do cérebro importantes para o início e coordenação dos movimentos (por exemplo, a substância negra). Este processo irreversível causa o rápido aparecimento de uma síndrome de tipo Parkinson, grave mas não progressiva, caracterizada por insuficiência dos movimentos espontâneos, rigidez muscular, tremor das mãos em repouso, perda de numerosos reflexos, sialorreia e mutismo (Lau & Meredith, 2003).

A utilização aguda e crónica de opiáceos associa-se à ausência de secreções provocando secura de boca e nariz, lentificação da actividade gastrointestinal e obstipação. A acuidade visual pode estar diminuída como resultado da constrição pupilar. Nos sujeitos que utilizam opiáceos por

via intravenosa são comuns veias esclerosadas, sinais e marcas de punções nas porções inferiores das extremidades superiores. Por vezes, a esclerose das veias é tão grave que se desenvolve edema periférico e os sujeitos passam a utilizar as veias das pernas, pescoço ou virilhas. Quando estas veias deixam de poder ser utilizadas os sujeitos injectam-se com frequência directamente no tecido subcutâneo, resultando celulite, abscessos e cicatrizes circulares nas lesões cutâneas cicatrizadas. O tétano é uma consequência relativamente rara mas extremamente séria da injeção de opiáceos. Podem também ocorrer infecções noutros órgãos, incluindo endocardite bacteriana, hepatite e infecção HIV. A tuberculose é um problema particularmente sério em sujeitos que utilizam droga intravenosa, especialmente nos dependentes de heroína. A infecção é usualmente assintomática e evidente apenas pela presença de um teste cutâneo de tuberculose positivo. Contudo, têm sido encontrados muitos casos de tuberculose activa, sobretudo nos sujeitos infectados com HIV, que apresentam com frequência uma infecção recentemente adquirida mas também podem experimentar reactivação de uma infecção prévia devido a deficiência da função imune. As pessoas que aspiram heroína ou outros opiáceos desenvolvem com frequência irritação da mucosa nasal, por vezes acompanhada de perfuração do septo nasal. São comuns as dificuldades no funcionamento sexual: nos homens ocorre frequentemente disfunção erétil durante a intoxicação ou utilização crónica e nas mulheres perturbações da função reprodutora e ciclos menstruais irregulares (Skeie, Brekke, Lindbaek, & Waal, 2008).

A incidência da infecção HIV é alta entre os sujeitos que utilizam drogas via intravenosa, uma grande percentagem dos quais têm Dependência de Opiáceos. Foram referidas taxas de infecção HIV tão elevadas como 60% em sujeitos dependentes de heroína, em algumas áreas dos EUA. Além de infecções como celulite, hepatite, HIV, tuberculose e endocardite, a Dependência de Opiáceos associa-se a uma taxa de mortalidade muito elevada – aproximadamente 10 por 1000 e por ano em pessoas não tratadas. A morte resulta quase sempre de *overdose*, acidentes, traumatismos ou outras complicações médicas gerais. São comuns os acidentes e traumatismos devidos a violência associada à compra e venda de drogas. Em algumas áreas, a violência é responsável por mais mortes relacionadas com opiáceos do que a *overdose* ou a infecção HIV. A dependência fisiológica pode ocorrer em metade dos bebés nascidos de mulheres com Dependência de Opiáceos, o que pode produzir uma síndrome de abstinência grave requerendo tratamento médico. Embora o baixo peso ao nascimento seja também observado em crianças de mães com Dependência de Opiáceos, não é geralmente acentuado nem associado a consequências adversas graves (APA, 2002; Cofrancesco, et al., 2008).

O padrão de utilização de opiáceos não obedece a regras tão claras como no caso de outras substâncias, existindo vários trajectos possíveis. No entanto, os problemas associados ao abuso da substância são mais frequentemente observados em jovens do sexo masculino, no final da adolescência e com história prévia de delinquência. O início do uso de opiáceos está relacionado com a pressão causada pelos pares e as experiências com droga e a verdadeira “epidemia” de uso ocorrida no fim dos anos 60 pode ter seguido um modelo epidemiológico de tipo contágio. Cerca de 80% dos dependentes de opiáceos, em tratamento, tiveram muito cedo problemas na escola e 90% referiram faltas às aulas, dois terços tinham sido suspensos da escola e 80% tinham desistido de estudar, antes de acabar o liceu (Strang, Griffiths, Powis, & Gossop, 1992). Alguns consumidores de opiáceos deste tipo começaram por experimentar drogas mais facilmente disponíveis, após o que provavelmente experimentam opiáceos por via oral ou fumados e finalmente por via IV, embora haja grandes variações deste padrão. Tal como notámos ser verdadeiro no que se refere aos alcoólicos, os que abusam de opiáceos e se integram num cuidadoso diagnóstico de personalidade anti-social (tendo por base o seu comportamento anti-social antes dos 16 anos e antes do aparecimento de graves problemas de uso nocivo de drogas) têm um prognóstico muito mais grave de comportamento violento e problemas permanentes anti-sociais e com a droga do que o consumidor “típico” de rua. Mesmo neste caso, contudo, há a probabilidade de um decréscimo da actividade criminosa com o aumento da idade (Hanlon, Nurco, Kinlock, & Duszynski, 1990).

O prognóstico a curto prazo dos que abusam de opiáceos é relativamente negativo, com uma elevada percentagem de indivíduos a voltarem à droga nos 6 meses seguintes ao tratamento, mas este regresso é compensado pela tendência de aumento da percentagem dos que se mantêm abstinentes. Embora a maior parte dos toxicodependentes mostre repetidas exacerbações e remissões, tal como os alcoólicos, estudos de seguimento a longo prazo (até 20 anos) mostraram que um terço ou mais daqueles que abusam de opiáceos são capazes de atingir a abstinência (Hser, Anglin, & Powers, 1993). A evolução dos restantes está longe de ser benigna, com um quarto ou mais morrendo durante o seguimento e um quarto continuando toxicodependentes. A taxa de mortalidade dos que abusam de opiáceos é de cerca de 5-10 por mil, com níveis especialmente elevados de morte devido a suicídio, homicídio, acidentes e doenças como a tuberculose e infecções periféricas. Num estudo de seguimento com a duração de 2,5 anos 10 de 361 toxicodependentes tinham morrido, uma estatística que causa perplexidade, em vista da sua relativa juventude (Kosten, Rounsaville, & Kleber, 1986). Num outro estudo, 14% dos sujeitos tinha morrido ao décimo ano e 25% ao vigésimo ano (Hser, et al., 1993). A morbilidade e a mortalidade parecem reflectir

overdoses, morte por homicídio e complicações com agulhas contaminadas e drogas impuras mais do que devido aos próprios efeitos dos opiáceos (O'Brien, Woody, & McLellan, 1981). Se for possível que ocorra uma remissão, ela pode verificar-se em qualquer idade, com maior probabilidade após os 40 anos, mas não existe para tal uma idade fixa. Quando um toxicodependente se consegue manter abstinente durante 3 ou mais anos, tem boas hipóteses de não regressar às drogas (Vaillant, 1973). Os sinais de bom prognóstico para os dependentes de opiáceos incluem história de emprego relativamente estável, estar casado, praticar poucos actos de delinquência, pouca evidência de abuso de múltiplas substâncias e reduzida actividade criminosa relacionada com drogas (Strang, et al., 1992). No que se refere aos que regressam ao abuso de substâncias, é possível que o aumento de crises de vida ou depressões possam desempenhar um papel, especialmente em relação aos toxicodependentes que nunca foram submetidos a tratamento de longa duração (Kosten, et al., 1986).

É da opinião de alguns autores que muitos dos que abusam de opiáceos começaram os seus problemas com substâncias pelo tabaco e pelo álcool, passando para a marijuana e outras drogas de abuso (Anglin, Almog, Fisher, & Peters, 1989; Stenbacka, Beck, Leifman, Romelsjö, & Helander, 2007). Estes “estágios” de abuso não se distinguem entre si e muitos períodos envolvem a combinação de outras drogas com o álcool. Assim, dado que o etanol é legal, facilmente disponível e raramente conduz à rejeição em programas de tratamento de abuso de drogas, é lógico que muitos dos que abusam de opiáceos se virem para o abuso de álcool quando a sua droga predilecta não está disponível, atendendo ao facto de o álcool poder ser utilizado para potenciar os efeitos de outras drogas. Embora muitos dependentes de opiáceos mostrem períodos de tempo, tanto “na rua” como em tratamento ambulatorio, em que o seu consumo de álcool é relativamente moderado (por exemplo, num estudo, aproximadamente 50% de pacientes em manutenção com metadona referiram em média três a quatro bebidas por dia), talvez cerca de 50% de homens e 25% de mulheres toxicodependentes se integrem nos critérios de dependência do álcool nos 5 anos seguintes a um tratamento activo contra a droga. A prevalência do abuso de álcool é mais elevada nos que apresentam insucesso no tratamento contra a droga, do que nos que se mantêm na terapia, e o abuso é mais provável em indivíduos com história de abuso do álcool antes de terem sido classificados como dependentes das drogas (Stenbacka, et al., 2007).

Embora devessem ser incluídas nos programas de tratamento de abuso de drogas, acções educativas sobre o álcool e tentativas de prevenir o seu abuso, uma terapia que não inclua esforços

específicos dirigidos ao álcool, pode também resultar num decréscimo de uso do álcool, com o decurso do tempo (Schuckit, 1998; Stenbacka, et al., 2007).

Estas considerações acerca do abuso e dependência de substâncias serviram apenas para proporcionar uma visão geral acerca desta problemática. Deste modo, ficou claro que o abuso destas substâncias pode levar ao desenvolvimento de condições médicas bastante graves e que, devido a este estilo de vida podem surgir outro tipo de complicações, tais como legais e sociais. O objectivo deste resumo foi o de evidenciar algumas das contrariedades enfrentadas pelo sistema familiar no qual existe um elemento dependente de substâncias.

Capítulo II – Cuidadores Informais

2.1. Família e Toxicodependência

Nesta secção pretende-se contextualizar a questão da Dependência de Substâncias no âmbito da família, considerando o seu aspecto “tendencialmente crónico” aliado aos factores genéticos bem como à dinâmica familiar. Com isso, possibilita-se o enquadramento nos modelos teóricos das doenças crónicas e procura-se compreender as diferenças individuais na adaptação à doença, bem como as repercussões na família.

Qualquer discussão acerca do papel dos factores genéticos no desenvolvimento de características ou comportamentos relacionados com a dependência de substâncias deve ser precedida pela afirmação que quer a genética, quer o ambiente, influenciam a manifestação desses traços. De facto, são poucos (se algum) os traços determinados unicamente por factores genéticos ou ambientais (Dodgen & Shea, 2000).

A investigação genética tem focado, quase exclusivamente, o abuso de álcool dado que o seu consumo é tanto legal como prevalente. A possibilidade da predisposição genética para outras substâncias está só recentemente a ser investigada. Tradicionalmente, estes estudos apoiam-se em observações nas famílias, nas crianças adoptadas e em gémeos (Collins & deFiebre, 1990; Crabbe, McSwigan, & Belknap, 1985; Messas, Filho, & Pinto, 2004)

Os estudos nas famílias partem do pressuposto que os membros de uma mesma família partilham genes, logo existirão evidências básicas desses traços. Daí que, por exemplo, cada irmão repartirá aproximadamente 50% do material genético com cada pai (e com os restantes irmãos), ao passo que os sujeitos não pertencentes à família não partilharão quaisquer genes. Contudo, uma vez que os membros de uma mesma família habitualmente partilham o mesmo ambiente, a informação dos estudos familiares não é conclusiva. Apesar deste facto, existem fortes indícios que demonstram que o abuso de álcool é familiar (Collins & deFiebre, 1990; Crabbe, et al., 1985; Dodgen & Shea, 2000). Aproximadamente 25% dos filhos de alcoólicos tornam-se alcoólicos e quase 33% dos alcoólicos tiveram pelo menos um progenitor que abusava do álcool. Os alcoólicos com história familiar de abuso de álcool também diferem dos que não têm história de abuso, uma vez que exibem um início prévio, sintomas mais severos e uma progressão mais rápida (Collins & deFiebre, 1990; Crabbe, et al., 1985; Dodgen & Shea, 2000). Alguns estudos encontraram um padrão de transmissão conjunta de dependência do álcool com dependência de outras drogas, como cocaína ou heroína. O risco de dependência do álcool em parentes de primeiro grau é

aumentado em familiares de dependentes dessas drogas, enquanto outros encontraram padrões específicos de agregação para cada droga: para opiáceos, álcool, *cannabis*, cocaína e nicotina. Nesses casos, o risco de desenvolvimento da dependência específica para cada droga para um parente de primeiro grau, é significativamente maior que o risco para qualquer droga (Messas, et al., 2004). Merikangas e colaboradores (1998) encontraram evidências para dois padrões de transmissão: um específico para cada dependência e outro geral. Esta síntese parece ser o melhor resumo dos estudos em famílias, onde a transmissão hereditária deva ocorrer dentro de um espectro que, num extremo, acarrete uma vulnerabilidade geral para qualquer dependência e, no outro, proporcione condições para que uma forma específica de dependência se desenvolva.

Os estudos com crianças adotadas ajudam a diferenciar as influências genéticas e ambientais nos traços. Os resultados têm evidenciado que os filhos de alcoólicos têm 3 a 4 vezes mais probabilidade de se tornarem alcoólicos do que filhos de pais não-alcoólicos; filhos de alcoólicos adotados por pais não-alcoólicos têm a mesma probabilidade de se tornarem alcoólicos do que se forem criados por pais biológicos alcoólicos. Esta relação parece não ser tão forte no caso das mães biológicas e suas filhas, apesar de a correlação ser positiva (Collins & deFiebre, 1990; Crabbe, et al., 1985; Dodgen & Shea, 2000). Assim, os estudos com crianças adotadas identificaram uma predisposição genética nos homens: o tipo *milieu* e o tipo restrito (*male-limited type*). Nas mulheres adotadas, o alcoolismo está tipicamente ligado ao alcoolismo da mãe biológica, sendo o padrão de comportamento similar ao tipo *milieu*. O tipo *milieu* caracteriza-se por um consumo moderado, pequena criminalidade e ausência de história de tratamento de álcool nos pais biológicos. O tipo restrito caracteriza-se por consumo severo, criminalidade gravosa e história de tratamento para o alcoolismo no pai biológico (Dodgen & Shea, 2000).

Em relação aos estudos com gêmeos, diversas investigações encontraram influências genéticas moderadas ou elevadas na dependência do álcool para o sexo masculino, com estimativas de herdabilidade que variaram de 40% a 60%. Outro estudo encontrou evidências para uma vulnerabilidade comum para dependência do álcool e nicotina no sexo masculino. A herdabilidade é um conceito epidemiológico que avalia, dentro de uma população, o quanto da variância de um traço ou transtorno é devido a factores genéticos. Portanto, não fornece informações precisas a respeito da forma como a transmissão genética se efectua. Os estudos para dependência de outras drogas encontraram diversos valores para a herdabilidade, obtendo-se entre elas, a menor

herdabilidade específica para sedativos em mulheres (30%) (van den Bree, Johnson, Neale, & Pickens, 1998) e a maior para abuso de cocaína em mulheres (79%) como extremos (Kendler & Prescott, 1998). De uma maneira geral, pode-se afirmar a presença de componente genético em todas as dependências de drogas (Messas, et al., 2004).

Uma outra linha de investigação decorre da análise dos marcadores biológicos. Esta hipótese tem o objectivo de detectar precocemente vulnerabilidades para o abuso de substâncias, sugerindo a existência de bases fisiológicas, neurológicas e psicológicas para esta predisposição (Kaminer, 1994). Assim, nos estudos de EEG, os filhos de alcoólicos têm demonstrado padrões de ondas cerebrais diferentes dos filhos de não-alcoólicos. Do ponto de vista de sinais neurológicos, os primeiros exibem maior balanço corporal, capacidades de memória, de linguagem e psicomotoras inferiores aos controlos. Os adultos, com um pai alcoólico, demonstram uma reactividade cardíaca inferior no desempenho de tarefas, o que sugere um decréscimo no processo atencional. Alguns estudos sugerem que défices no neurotransmissor serotonina, um diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção e certas características de personalidade, tais como um traço forte de procura de emoções novas e baixo de evitamento de dano, estão associados ao abuso do álcool (Kaminer, 1994).

Existem essencialmente duas abordagens familiares ao abuso de substâncias: a comportamental e a sistémica (McCrary & Epstein, 1996).

O foco do modelo comportamental está nos comportamentos reforçadores dos familiares do elemento que abusa de substâncias. Assim, observou-se que, muitas vezes, os familiares agem reforçando o abuso de substâncias, mas de uma forma não intencional. O exemplo típico é o da esposa que prefere (e subtilmente encoraja) o modo dócil do marido, quando este se alcooliza, ao invés do seu modo irritadiço e volátil em sobriedade (McCrary & Epstein, 1996).

O modelo sistémico tem por base a inter-relação de papéis dos membros de uma mesma família. Existe frequentemente grande resistência, por parte dos membros, em realizarem mudanças, mesmo na presença de papéis ostensivamente negativos, como no caso do “dependente de substâncias”. Isto devido ao facto de que, qualquer mudança, implica um reajustamento de todos os papéis e não só do “problemático”. Um exemplo típico, pode ser o do “adolescente/criança” parentalizado, que começa a perder influência na gestão familiar devido ao

processo de recuperação do pai e que, em resultado disso, começa a minar, ou até mesmo contestar, a autoridade do pai (McCrary & Epstein, 1996).

Esta abordagem também inclui o facto de que, não é só o elemento dependente que sofre de uma perturbação, mas também toda a sua família. Como tal, todos os elementos da família necessitam de tratamento, uma vez que é a desordem familiar que mantém, pelo menos em parte, o abuso de substâncias. Este modelo introduz a noção de que, enquanto um dos elementos da família está ocupado com o abuso da substância, outros elementos estão ocupados com ele (co-dependentes). Os co-dependentes são definidos como possuindo baixa auto-estima, grande dependência, uma tendência para minimizar as suas próprias necessidades em detrimento das necessidades de outros, dificuldade em lidar com a intimidade, constrição da emoção, grande ansiedade, depressão, hipervigilância e emaranhamento com o elemento dependente de substâncias. Daí que os autores deste modelo vão ao ponto de afirmar que, a recuperação da pessoa que é dependente está posta em causa, sem um tratamento que envolva todos os elementos da família (McCrary & Epstein, 1996).

De acordo com Dodgen e Shea (2000), as abordagens familiares ao abuso de substâncias, possuem vantagens e desvantagens.

Algumas das vantagens prendem-se com o facto de que, a inclusão da família no tratamento, poderá ajudar na adesão ao tratamento. De igual modo, uma vez que o foco está em factores para além dos individuais, isso poderá aliviar a tensão/culpa geralmente associada ao indivíduo. Adicionalmente, existe uma base sólida de investigação empírica, para as estratégias de tratamento.

Contudo, também é digno de assinalar a dificuldade em se trabalhar simultaneamente com muitas pessoas, algumas delas com psicopatologias severas e dependências várias, para além de uma relativa negligência das necessidades individuais dos elementos da família (Dodgen & Shea, 2000).

Deste modo, a conceptualização da toxicodependência sobre o prisma dos modelos familiares, permitiu um alargamento dos conhecimentos em termos dos factores de risco.

De acordo com Merikangas e colaboradores (1998), existem dois tipos de factores familiares que, de alguma forma, podem potenciar ou desencadear o consumo de substâncias: factores específicos e factores não específicos. Dentro dos factores específicos, podemos considerar aqueles que são tidos como tendo influência directa no uso/abuso de substâncias pelos filhos, tais como a

exposição pré-natal a drogas, consumo de drogas por parte dos pais, concordância dos pais no uso de drogas. Em relação aos factores não específicos, a desestruturação familiar, a exposição a conflitos familiares e a altos níveis de *stress*, psicopatologias familiares, negligência abuso físico, emocional e sexual, exclusão social são considerados.

Bukstein (1995) aprofunda a questão e lista factores relacionados com a convivência com os pares, individuais, biológicos, comunitários e parentais/familiares. Dentro dos factores familiares, refere o uso de drogas por parte dos pais, atitudes e crenças positivas acerca do uso de substâncias, tolerância parental em relação ao uso de drogas, défice de vinculação entre pais e filhos, défice de envolvimento parental nas actividades do filho, falta de supervisão/disciplina adequada, presença de comportamento anti-social nos pais, história familiar de psicopatologia e de rotura familiar (por exemplo, divórcio ou morte).

As atitudes dos pais perante o uso de substâncias, quer as demasiado permissivas quer as demasiado autoritárias, podem estar directamente ligadas ao uso de drogas e alcoolismo nos filhos. Sendo que as atitudes permissivas parecem também aumentar o risco para o consumo de múltiplas substâncias (Mendes, 2000). Daí que facilmente se compreenda que, quanto maior for o número de membros da família a usar drogas ou a envolver crianças nesse uso (mesmo que seja apenas pedir à criança para ir comprar cerveja ou um maço de cigarros), maior seja o risco de as crianças se iniciarem no uso de drogas (Mendes, 2000).

Ao nível da comunicação e transmissão de expectativas entre pais e filhos também parecem existir regularidades. Deste modo, estudos com adolescentes que usavam drogas evidenciavam factores de comunicação negativos (crítica e culpa), limites comportamentais inconsistentes e pouco claros e expectativas irrealistas dos pais em relação aos filhos (Reilly, 1979); outros autores também encontraram falta ou inadequação de aspirações na formação das crianças, o nível de conflito/hostilidade e o “sentir-se aceite” pelos pais (Mendes, 2000). Deste modo, é como se a família criasse expectativas demasiado altas (ou baixas) para os seus membros mais jovens, o que levado ao extremo, produziria um afastamento emocional entre os elementos familiares – os afectos estariam condicionados aos resultados. É como que no elemento mais jovem se criasse uma noção de que “eles só gostam de mim se eu fizer aquele curso ou tiver aquele emprego” ou “eles não acreditam que eu consiga ter um relacionamento com uma pessoa tão bonita e inteligente”.

São vários os autores que discorrem sobre a matéria variando, essencialmente, sobre a influência dos factores ambientais versus individuais, numa determinada fase de contacto com as substâncias. Descrito sucintamente, o **uso** de substâncias parece estar mais relacionado com a

curiosidade e influências sociais/pares, ao passo que o **abuso** parece acontecer mais relacionado com questões de *distress* psicológico significativo, competências de *coping* inadequadas, uma predisposição biológica/familiar (por exemplo, pai dependente de substâncias ou com psicopatologia acentuada) e a associação entre o uso da substância e o preenchimento de um vazio ou a satisfação de uma necessidade (Dodgen & Shea, 2000).

Contudo, o relacionamento entre pais e filhos também pode funcionar como factor de protecção. Certos estudos demonstram como fortes laços parentais podem inibir o uso de drogas e comportamentos delinquentes, assim como a dedicação e o envolvimento, a confiança e a segurança são tidos como sinónimos de protecção e desencorajamento para o uso de substâncias nos jovens (Mendes, 2000).

São as crianças e adolescentes que experienciam situações de transição familiar desgastantes, posteriores ao divórcio ou recasamento dos seus pais, os mais susceptíveis ao desenvolvimento de problemas de adaptação e desvio. O perigo será acrescido se os próprios pais forem abusadores de substâncias psicoactivas (Feros, 2003). Aliás, a literatura acerca da estrutura familiar tem referido com frequência, que os adolescentes que residem com ambos os pais têm menos riscos de se iniciarem e manterem no uso de substâncias ilícitas e que os que habitam com suas mães revelam menor número de condutas desviantes, quando comparados com apenas o pai ou com este e a respectiva madrasta (Feros, 2003). São avançadas quatro hipóteses explicativas para estas observações: recursos económicos, mobilidade de residência, socialização pais-filhos e *stress*. Segundo a autora, famílias com maior mobilidade residencial e menor estabilidade financeira, levariam a uma menor supervisão e suporte parental. A mobilidade residencial seria prejudicial, uma vez que danifica os laços sociais e comunitários previamente estabelecidos.

Contudo, não podemos ser ingénuos ao ponto de atribuímos somente a estas hipóteses um carácter vinculativo para o desenvolvimento da toxicod dependência. Devemos ter em atenção muitos outros factores que contribuem para a dependência de substâncias. A mudança de casa pode ser *stressante* para uma criança, mas possivelmente só se torna grave se a criança não dispuser *a priori* de competências de *coping* adequadas. Daí que se torna importante não se deixar cair pela explicação fácil e imediata, que é frequentemente redutora. Uma forma mais esclarecida para se procurar explicações pode ser através da análise dos factores protectores.

Num estudo interessante Nurco e colaboradores (1996), evidenciou quatro características do funcionamento familiar ligadas à ausência de consumo de drogas: forte vinculação ao pai, atmosfera positiva no lar, forte aceitação parental das crenças tradicionais do que deve ser o bom

comportamento adolescente e forte desaprovação parental dos comportamentos indesejáveis em que o adolescente incorra ou possa imaginar incorrer. Uma quinta característica, forte vinculação à mãe, é comum a adictos e a não-adictos, não contribuindo para os distinguir.

Os estudos que abordam o funcionamento familiar segundo uma perspectiva sistêmica proporcionam uma visão mais temperada sobre o tema, uma vez que suprimem a carga moral negativa associada a um dos elementos da família.

A concepção da Dependência de Substâncias de acordo com alguns autores sistêmicos é a de que o adicto é o portador do sintoma da disfunção familiar e colabora para manter a homeostase da mesma, reforçando o padrão controlador dos pais, mesmo não sendo tal prática adequada às suas necessidades. E de que é comum outros membros da família apresentarem igualmente comportamentos adictivos, mas socialmente mais aceitáveis tais como compulsão ao jogo, à comida, ao trabalho ou à medicação com receita médica (Kaufmann, 1989; Orth, 2005; Rezende, 1997; Steinglass, 1997). Em muitos casos, o comportamento adicto cria situações para desviar o foco da atenção sobre o problema de relacionamento dos pais, estabelece uma aliança com um dos pais em separado e as fronteiras geracionais (conjugal, parental e fraternal) não estão bem definidas e frequentemente existe competição entre os pais e irmãos. Rezende (1997) relaciona os aspectos psicológicos relacionais destas famílias considerando que o narcisismo é um factor importante da personalidade dos pais que reconhecem-se no filho, mas não o reconhecem como indivíduo e mostram-se associados a componentes depressivos, paranóides ou sociopáticos, sendo que estes traços de personalidade se repetem nos filhos. Ainda, famílias pesquisadas por este autor apresentam dificuldade de diferenciação, separação e individuação, vínculos simbióticos, conflitos na comunicação e rigidez nos papéis. O problema da dependência química é parte do funcionamento familiar, e contribui para a estabilidade deste sistema. A dependência pode aparecer para resolver um conflito que surge no ciclo vital familiar e, conseqüentemente, faz com que a família permaneça nesta mesma etapa do ciclo vital familiar. A família encontra-se paralisada numa fase do desenvolvimento que é o momento em que os filhos passam pela adolescência e começam a adquirir independência e a se desligar da família. Neste momento, ela tem que se reestruturar, principalmente o casal, que terá que sair de uma relação em tríade, composta pela presença dos filhos, para uma díade (casal). Esta é a etapa em que o casal teria que voltar sua atenção para a própria relação, que na maioria das famílias de adictos não é boa (Orth, 2005; Rezende, 1997; Roussaux, Faoro-Kreit, & Hers, 2002). Daí que tendo

dificuldades em se reestruturar, a família elege um membro e passa a agir, pressionando – inconscientemente muitas vezes – para que não atinja a independência necessária para se afastar do sistema. Assim, a droga/álcool entra como uma maneira de resolver este impasse, pois o indivíduo consegue ter uma sensação imaginária de independência e, simultaneamente, mantém-se totalmente dependente da família, uma vez que não consegue desenvolver nenhuma outra actividade na sua vida, dado que a substância passa a ocupar uma posição privilegiada. Quando o indivíduo começa a tirar a substância deste lugar privilegiado e consegue realizar e ter êxito noutras actividades, o sistema pode começar a se desestabilizar, uma vez que o casal sente a ameaça de ter que lidar com a sua relação sem o filho como centro dela. Assim os conflitos, há muito postos de lado pela preocupação com o filho, ressurgem. Perante esta situação, o indivíduo volta a se comportar de uma maneira autodestrutiva com o uso de drogas, chamando novamente a atenção da família para si e promovendo a união do casal em torno do problema da droga, o que leva novamente à estabilização disfuncional da família. Este movimento familiar de conflitos e estabilização repete-se indefinidamente graças às drogas, pois, quando os pais entram em conflito o adicto agrava seu problema, e se o adicto resolve sair das drogas os pais pioram seus conflitos, o que faz com que o dependente novamente piore (Brasil, 2004; Orth, 2005; Roussaux, et al., 2002; Stanton & Todd, 1982). Assim, para além das tensões inerentes ao conflito conjugal e à crise no ciclo de vida familiar, também a sobrecarga está associada ao processo de dependência de drogas (agressividade, roubos, risco de vida, cronicidade da patologia).

Fleming (2001) verificou que as famílias normais (sem um elemento toxicodependente) evidenciam maior acordo entre os seus membros, comportamentos de cooperação e maior capacidade de funcionar em tarefas de grupo do que nas famílias com um elemento toxicodependente. Segundo a autora, as famílias normais respondem à emergência da adolescência de uma forma mais adaptativa do que as famílias disfuncionais, ou seja, demonstram ter maior capacidade de mudança e maior flexibilidade dos seus padrões de funcionamento. No que diz respeito à qualidade dos laços afectivos, os estudos referem uma incidência elevada de situações de crise e de ruptura nas famílias dos toxicodependentes e nas dos consumidores esporádicos. Ainda segundo esta autora, muitas destas famílias são desarmoniosas e que criam um “vácuo” e um isolamento emocional, não havendo suporte afectivo entre os seus membros. Assim, a coesão familiar é fraca, sendo os membros pouco valorizados e pouco reconhecidos (Fleming, 2001). Mendes (2000) reafirma que a qualidade relacional de um casal não parece ter uma relação directa

com o uso de drogas nos filhos, mas que quando combinado com outros factores de risco (por exemplo, os pais utilizarem drogas) a probabilidade aumenta significativamente.

Nos estudos “clássicos” (leia-se Cibernética de 1ª ordem) as famílias com um elemento toxicodependente, apresentam uma tipificação no que diz respeito à organização e tipo de funcionamento. Assim, no que diz respeito à organização e segundo o modelo estrutural de Salvador Minuchin, são consideradas centrípetas ou emaranhadas, revelando “limites difusos, sem definição clara das normas hierárquicas ou com inversão da hierarquia geracional e com enormes dificuldades de separação, escondendo ou mascarando conflitos a todo o custo” (Relvas, 1996).

Em relação ao tipo de funcionamento, estas famílias caracterizar-se-iam como tendo uma acentuada tendência homeostática, opondo-se fortemente à mudança. Seriam famílias inflexíveis e consequentemente com pouca capacidade para lidar com o *stress* e as crises desenvolvimentais, mesmo as normativas, tais como o casamento de um dos membros, novos nascimentos ou mortes (Minuchin & Fishman, 1981). Ausloos (1996) propõe uma tipologia das famílias, na qual as famílias, com um elemento toxicodependente, oscilariam entre períodos de grande rigidez (o tempo parece que parou) e períodos de grande agitação. Aliás, este padrão de rigidez no funcionamento parece estar ligado à grande dependência entre o adolescente e as figuras parentais. A separação normativa, que deve ser levada a cabo pelo jovem, quando não é cumprida com sucesso, poderá interferir com a saudável transição para a vida adulta (Ferreiros, 2003). Tornando-se toxicodependente, o jovem adulto aparentemente rompe com a família, apesar de estar mais do que nunca ligado a esta (pseudo-indivuação). Isto é, apesar de “reclamarem independência” ainda continuam a contar com a família para o sustento diário das necessidades pessoais, incluindo as ligadas aos consumos de substâncias. Por exemplo, Stanton e Todd (1982) descobriram que 66% dos homens toxicodependentes, com mais de 35 anos, viviam com os pais ou viam as suas mães diariamente e 82% viam semanalmente, pelo menos um dos pais. A descrição sócio-demográfica do utilizador dos serviços do IDT em Portugal refere que entre 85,2% e 90,5% coabitava com outro membro da família (família de origem, com companheira/a e filhos, com companheira/o), sendo a idade média entre 32 e 35 anos (primeiras consultas, ambulatório, unidade de desabilitação) (IDT, 2007).

Orth (2005), no seu estudo com famílias de adictos verificou que o ciclo vital individual estava interconectado com o ciclo vital familiar, ou seja, a fase de transição da infância para a adolescência coincidia com a fase adolescente da família, provocando uma permissividade ou rigidez nas regras familiares, abrindo um espaço de vulnerabilidade para a entrada da droga. Evidenciaram-se atitudes adictivas multigeracionais retratadas através de elevada incidência do

uso de drogas. Existia uma predominância do sentimento de negação, vergonha, presença da mentira e da cumplicidade entre alguns membros, instaurando-se assim um clima de segredo. A regra é “não falar sobre a droga e negar o problema na família”, como uma forma de proteger o membro adicto e a própria homeostase familiar. Era evidente uma desorganização familiar no que dizia respeito aos papéis e funções de cada membro, patenteando por parte de um elemento, o superfuncionamento, como por exemplo, o papel da esposa ao assumir sozinha as tarefas domésticas e de provedora, em virtude da falta de responsabilidade por parte do esposo, bem como, o da irmã em cuidar dos irmãos, ou do membro adicto, em função do uso de droga pela mãe. Era frequente a presença de distúrbios mentais e comportamentais em alguns membros, originando um afastamento entre os sistemas nucleares e alargados. Para além disso, os resultados comprovavam a existência de uma baixa auto-estima tanto da família como do membro adicto. Sendo a comunicação das famílias “rudimentar” e “truncada”, favorecendo o fortalecimento de alianças negativas entre alguns subsistemas. A droga, em alguns casos, servia como maneira do membro adicto se diferenciar da sua família de origem, mas isso ocorria de um modo frágil devido ao empobrecimento das regras e dos limites que deveriam ordenar um funcionamento, que no entanto estava distorcido. A figura paterna era periférica ou totalmente ausente enquanto a figura materna estava em estreita relação com o membro adicto. Através do genograma evidenciava-se na história das famílias que a incidência de uso, abuso e dependência química era maior na família da figura materna. Os subsistemas mais afectados pela dependência de substâncias da família eram compostos pelas figuras femininas (mãe, esposa, irmãs), apresentando consequentemente as seguintes características: super proteção, super funcionamento e co-dependência. Evidenciava-se no subsistema fraternal que as irmãs, em razão da impossibilidade da figura materna exercer cuidados, apresentavam-se como cuidadoras e simultaneamente denunciadoras da problemática. A autora também verificou que estas famílias coabitavam, mesmo depois de casadas, na mesma residência dos pais (ou no mesmo terreno), mostrando assim uma aglutinação/emaranhamento, sendo que tal facto confirma a dificuldade de diferenciação. Foi igualmente evidente a existência de um conflito constante no casal parental e nas uniões das gerações dos filhos, especialmente quando um dos membros é adicto, havendo dificuldade em manter as estruturas familiares a funcionar, desencadeando várias separações, divórcios e inúmeras reconstruções familiares. Os mitos familiares eram enfatizados, pois alguns acreditavam que a questão da droga era uma fatalidade do destino (“é uma coisa feita”) e existia

desesperança na solução do problema. Verificou de igual modo que ocorria uma paralisação da família e que se acreditava que a religião era uma fonte de salvação.

Apesar de existir um consenso generalizado acerca desta matéria, Gameiro alerta para o facto de que esta caracterização corresponde a uma certa ideia corrente sobre este tipo de famílias, devendo ser admitida com reservas, já que culturalmente as famílias latinas apresentam um modelo de funcionamento com pontos de coincidência com os descritos (Gameiro, 1994).

Depois de revistas as principais influências da família no aparecimento e manutenção da Dependência de Substâncias, torna-se necessário compreender quais os efeitos da patologia, enquanto doença tendencialmente crónica, no sistema familiar.

As doenças crónicas são muito variadas e potencialmente podem afectar qualquer um dos sistemas físicos do indivíduo. As suas características comuns são o facto de serem de longa duração, constituírem uma fonte de sofrimento para os indivíduos e para as famílias e a intervenção médica ser paliativa, visando mais o controlo dos sintomas e adaptação à doença do que a sua cura. De facto, até o próprio diagnóstico de uma doença crónica é uma crise de vida significativa para o doente e para a sua família. O doente e a família estão geralmente pouco preparados para as alterações físicas, alterações entre períodos de estabilidade e de crise, e a incerteza do futuro. Deste modo, a doença crónica exige novos mecanismos de *coping*, mudanças nas definições próprias de doente e família, e períodos longos de adaptação. O paciente está sujeito a diversas perdas, incluindo saúde física e funcional, perda de papéis de responsabilidades, perda de sonhos, e a possibilidade de aumentar a esperança de vida. Por seu lado, as famílias também experienciam perdas significativas e consideram-se diferentes, como famílias com “pouca sorte” (McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1992).

O estado do indivíduo com doença crónica abrange um vasto leque de interrupções potenciais de vida e mudanças psicológicas, bem como factores relacionados com a doença, tais como mudanças permanentes no funcionamento corporal e na sua aparência física. Doentes com diversos tipos de doença crónica podem ter de enfrentar situações tão complicadas como separação da sua família, dos seus amigos e de outras fontes de gratificação, bem como sofrer a perda dos papéis sociais e vocacionais. Também a disfunção frequente de todos os planos de futuro, as agressões na auto-imagem e auto-estima, a ocorrência de reacções emocionais perturbadoras, e

ainda o facto de o futuro se tornar incerto e imprevisível. A reacção psicológica a qualquer doença física é um processo transaccional que começa no choque inicial e eventual negação, e vai até à assimilação gradual da informação e ajustamento ao novo estado de doença. Durante este processo os indivíduos podem reagir de maneiras muito diferentes: seja através de processos de adaptação adequados, ou eventualmente reacções disfuncionais que podem conduzir a situações desadaptativas (Canhão & Santos, 1996).

O indivíduo não só tem que lidar com a doença, mas antes é continuamente chamado a fazer ajustamentos, e tem de se confrontar repetida e frequentemente com novas exigências durante o curso da doença. Durante este processo, o indivíduo avalia e reavalia continuamente a sua situação, preocupa-se com a forma melhor ou pior como está a lidar com as situações e contabiliza os seus recursos de uma forma contínua. Isto é, para além da dimensão temporal associada à cronicidade, trata-se de uma condição autónoma de doença que mistura problemas de ordem estritamente sanitária, exigências e reacções psicológicas, e necessidades ou preocupações de ordem social que fazem da doença crónica, uma doença específica diferente da doença aguda. Daí que para uma pessoa continuar a viver o dia a dia com a sua doença crónica, tem de promover alterações comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais mais ou menos complexas de modo a que a sua qualidade de vida não seja afectada (Ribeiro, 1998).

2.1.1. Impacto da Doença Crónica na Família: Modelos Teóricos

2.1.1.1. Tipologia Psicossocial da Doença Crónica (Modelo de Rolland)

Dentro do paradigma biopsicossocial, clínicos e investigadores sistémicos enfatizam o conceito de interacção. Na área da doença física, principalmente na doença crónica, o foco deverá estar no sistema criado pela interacção da doença com um indivíduo, a sua família ou outro qualquer sistema biopsicossocial (Rolland, 1988).

John Rolland desenvolveu uma tipologia da doença crónica ou ameaçadora da vida, na qual abrange a variabilidade da doença e as fases de desenvolvimento. Deste modo, as doenças são agrupadas de acordo com semelhanças e diferenças chave que ditam exigências psicossociais distintas, por parte do indivíduo e da sua família; para além disso, as fases desenvolvimentais da evolução natural da doença crónica, também são identificadas. O objectivo da tipologia é a da facilitação da criação de categorias que incluam a grande variabilidade de doenças crónicas. Não é

dirigida ao tratamento médico tradicional, nem à elaboração de prognósticos, mas sim para a análise da relação entre a dinâmica individual ou familiar e a doença.

Este modelo incorpora três dimensões; numa primeira, conceptualiza distinções entre o início, o curso, a consequência e o grau de incapacidade da doença (isto é, o tipo de doença), a segunda dimensão será constituída pelas fases de desenvolvimento da doença e a terceira dimensão pelo funcionamento familiar. Deste modo, existe uma correspondência entre estas variáveis, sendo que cada uma delas se apresenta num *continuum*.

Tipo de doença – Início

As doenças podem ser divididas entre aquelas que têm um início agudo ou gradual; não do ponto de vista do desenvolvimento biológico, mas sim relativamente à apresentação somática subjectiva do paciente ou observação objectiva de um outro indivíduo. Uma crise gradual representa um *stressor* individual ou familiar diferente de uma crise aguda. O reajustamento necessário em termos de estrutura familiar, papéis, resolução de problemas e *coping* afectivo, até poderá ser o mesmo para os dois tipos de doenças. No entanto para doença agudas, como por exemplo um enfarte, estas mudanças afectivas e instrumentais são comprimidas num curto espaço de tempo, daí que exige da família uma mobilização mais rápida dos recursos.

Algumas famílias estão mais aptas para lidar com estados emocionais mais acentuados, são mais flexíveis na troca de papéis definidos, tomam decisões mais eficazmente e utilizam mais recursos exteriores. As mudanças necessárias para lidar com doenças com um início gradual, como a artrite reumatóide ou doença de Parkinson, permitem um ajustamento mais demorado, gerando contudo maior ansiedade no período anterior ao diagnóstico. Para doenças com um início mais agudo, existe maior tensão na família para equilibrar a energia entre a protecção contra uma desintegração, dano ou perda devido a morte e os esforços continuados na maximização da mestria através da reestruturação ou de um novo processo de tomada de decisão (Rolland, 1988).

Considerando que a Dependência de Substâncias se apresenta com uma sintomatologia gradual, isso permite que a família tenha um período de tempo alargado para o ajustamento. Contudo, não se deve descurar a possibilidade de que, devido ao estigma social associado, os mecanismos de defesa impeçam a mobilização dos recursos necessários, levando ao aparecimento da negação. De igual modo, nos casos em que as famílias são caracterizadas como disfuncionais, pode-se facilmente assumir que a troca de papéis, a tomada de decisão e os contactos com o exterior estejam comprometidos, sendo que o tempo disponível para a acção se torna insuficiente.

Tipo de doença – Curso

As doenças crônicas podem tomar três cursos: progressivas, constantes ou episódicas/recaídas.

Uma doença progressiva é, por definição, aquela que apresenta uma continuidade ou evolução sintomática, quer ao nível dos sintomas quer da severidade. O indivíduo e a sua família deparam-se com os efeitos com uma incapacidade progressiva. À medida que o tempo passa, serão de esperar menos períodos de alívio, exigindo-se uma adaptação contínua bem como mudanças de papéis. A tensão presente é causada pelo risco de exaustão e da continuada adição de cuidados. É necessária uma flexibilidade familiar aumentada, em termos de reorganização interna e uso de recursos externos.

Numa doença com um curso constante tipicamente ocorre uma situação que despoleta uma condição, após qual o desenvolvimento biológico estabiliza. Depois do período inicial de recuperação, a fase crónica caracteriza-se por algum tipo de défice ou limitação funcional que, dependendo da extensão e gravidade, levará à mudança (semi) permanente na família. O potencial para a ocorrência de exaustão está presente, não sendo contudo, provocada pela adopção de novos papéis ao longo do tempo.

O terceiro tipo de doença é caracterizado por episódios ou recaídas, como ocorre em doenças do tipo úlceras, asma ou esclerose múltipla. A característica distintiva dos outros tipos de doença é a variação entre períodos de estabilidade, durante determinados períodos de tempo, nos quais existe pouca sintomatologia e os períodos de crise, com exacerbação dos sintomas. Este tipo de doença pode exigir poucos cuidados ou mudanças de papéis, no entanto requer uma flexibilidade que permita a transposição entre duas formas de organização familiar. A tensão é causada pela frequência das transições entre crise e não-crise e a contínua incerteza acerca de quando ocorrerá o próximo momento difícil (Rolland, 1988).

A Dependência de Substâncias pode assumir características de doença progressiva bem como de episódica. Apesar de que a faceta mais distintiva ser a da recaída, esta habitualmente é precedida e acompanhada por comportamentos e sintomas cada vez mais graves. Tal como é patente na análise do curso da doença, frequentemente o toxicodependente/alcoólico vai agravando as consequências físicas, psicológicas e sociais associadas aos consumos. Isso traduz-se num aparecimento/exacerbamento das consequências do uso de drogas/álcool. Contudo, durante o curso da Dependência de Substâncias existem igualmente fases de abstinência, por períodos indefinidos. Estas situações colocam a flexibilidade e a capacidade de mobilização dos recursos da

família em *stress* continuado, devido à minimização dos períodos de descanso, à acumulação de tarefas constante e à incerteza de quando a recaída irá ocorrer.

Tipo de doença – Consequência

O impacto psicossocial da doença crónica está intimamente relacionada com a probabilidade de esta causar o encurtamento do ciclo vital “normal” ou até mesmo a morte. O factor crucial é a expectativa inicial acerca da doença diagnosticada. Segundo o autor, potencialmente todas as doenças crónicas incluem perda do controlo das funções corporais, perda de identidade e alteração das relações íntimas. Ora, a possibilidade da morte ou do encurtamento da esperança de vida, traz grandes consequências ao nível dos relacionamentos. Por exemplo, o paciente teme não cumprir o seu plano de vida enquanto que a família teme ficar sobrevivente. Em ambos existe uma ansiedade antecipatória e um sentimento de luto precoce.

Em doenças que não têm uma consequência directa tão marcada, a morte não está tão iminente nas narrativas do dia-a-dia. Como tal, existe maior probabilidade de haver interpretações idiossincráticas do estilo “podia acontecer”. Estas, muitas vezes, levam à sobre-protecção do membro doente, com ganhos secundários por parte deste (Rolland, 1988).

No caso da Dependência de Substâncias ambas as situações são comuns, dado que quer o abuso das substâncias quer as consequências físicas/psicológicas associadas, levam a uma diminuição da esperança de vida e podem levar à morte. Um factor agravante em termos de *stress* familiar é o da possibilidade de morte súbita, provocada por *overdose*, acidente de viação ou agressão. Por vezes, nestes casos a família tende a ver o paciente como “perdido”, vendo-se confrontada com um sentimento ambivalente de, por um lado procurarem intimidade e por outro fazerem um luto antecipado. Esta situação pode resultar num isolamento emocional e estrutural da vida familiar por parte do paciente.

Tipo de doença – Incapacidade

O grau de incapacidade de uma doença pode advir de défices cognitivos, sensoriais, movimentação, produção de energia, desfiguração ou outras causas médicas de estigma social. Em todos os casos, este estigma dificulta a capacidade normal da pessoa em interagir socialmente. Assim, o efeito do grau de incapacidade num indivíduo ou na sua família depende da interacção entre o tipo de incapacidade, com as exigências existentes antes da doença e com a estrutura e flexibilidade familiar (Rolland, 1988).

Adicionalmente, quando se fala em Dependência de Substâncias, existe um factor relevante para a integração e reabilitação futura do paciente, que é o da expectativa da família em relação às capacidades futuras do paciente. Deste modo, o facto da família acreditar que o paciente pode continuar a ter uma autonomia e um papel responsável, está associado a uma melhor resposta por parte do paciente em termos de reabilitação e integração a longo prazo na família. Contudo, o efeito da incapacidade no indivíduo e na família parece depender do tipo de incapacidade com o papel do paciente prévio à doença e com a estrutura e flexibilidade familiar.

Desde modo Rolland, combinando as diferentes categorias, obtém uma tipologia com 32 tipos psicossociais de doenças. As doenças crónicas são agrupadas segundo as suas exigências psicossociais, podendo acontecer que doenças muito diferentes a nível biomédico possam ter consequências psicossociais semelhantes nas famílias. Para completar um esquema psicossocial da doença crónica com significado, a conceptualização das fases da doença deve ser incluída como uma segunda dimensão. Assim, a segunda dimensão do modelo de Rolland corresponde às fases da história natural da doença, cada uma com certas tarefas básicas, umas comuns a qualquer tipo de doença, outras específicas. Cada fase de uma doença crónica exige da família diferenças significativas em termos de atitude ou mudanças. Rolland conceptualizou três fases da doença – crise, crónica e terminal.

A fase de crise decorre entre um período assintomático e o ajustamento inicial após o diagnóstico definitivo e a estabilização do plano terapêutico. Nesta fase uma das tarefas da família é criar um significado para a doença, que maximize o seu sentido de controlo e competência. Por seu lado, a fase crónica decorre entre o primeiro ajustamento à doença e o momento em que a morte surge como inevitável. É um período que pode ser marcado por estabilidade, progressão ou alterações episódicas. Neste sentido, o significado deste período não se infere simplesmente a partir do comportamento biológico da doença. Trata-se mais de um constructo psicossocial muitas vezes referido como a fase de viver o dia-a-dia com a doença crónica. Na família ocorrem geralmente mudanças permanentes, a nível psicológico e de organização. Num extremo, a fase crónica pode prolongar-se por décadas de um modo estável e não fatal. A capacidade da família em manter a aparência de uma vida normal sob condições “anormais” e com aumento da incerteza derivada da doença crónica, constitui a tarefa chave deste período. Manter a autonomia por parte de todos os membros da família constitui outra tarefa importante, a par de uma certa dependência mútua necessária. Na fase crónica e, considerando a Dependências de Substâncias, é necessário que quer

o doente quer a família aceitem a possibilidade de ocorrência de crises/recaídas, que negoceiem a distribuição de tarefas e responsabilidade, criando um equilíbrio entre o apoio ao doente e uma vida própria. Por último a fase terminal, é o período que se inicia quando a morte é inevitável, e termina no final do trabalho de luto. Esta fase distingue-se pela predominância de questões relacionadas com a separação, morte, dor, resolução do luto, e reorganização de uma vida familiar normal para além da perda vivenciada.

Estas três fases sublinham as transições críticas entre cada período. É uma altura para reavaliar a adequação da estrutura familiar prévia face às novas exigências da doença. As famílias ou os indivíduos podem ficar permanentemente “fixados” numa estrutura obsoleta. Nos casos de famílias emaranhadas, devido à sua natureza rígida e fusional, terão uma maior dificuldade em negociar esta transição. Por exemplo, um comportamento tal como, unirem-se num período de crise, pode tornar-se opressivo e desgastante logo, desadaptativo, para a família num período crónico (Rolland, 1988).

A terceira dimensão do modelo de Rolland é a funcionamento familiar que contempla três aspectos: a etapa do ciclo de vida, o padrão de funcionamento familiar, e o sistema de valores e crenças adquiridas e transmitidas ao longo das gerações. No caso da Dependência de Substâncias esta doença é diagnosticada habitualmente numa etapa do ciclo de vida do jovem adulto, em que o indivíduo planeia o seu futuro familiar e profissional. Deste modo, com o aparecimento da doença crónica vai implicar um agravamento das repercussões da doença tanto no indivíduo como na família. Isto pois, determinadas tarefas desenvolvimentais próprias desta fase da vida do indivíduo poderão não ser realizadas. Assim, quer o adolescente quer a família poderão ficar privados de lidar com temas como a separação-individação, a escolha de uma ocupação futura ou o estabelecimento de relação afectivas cada vez mais estáveis. Essa moratória estendida trará complicações mais à frente, quando o sistema familiar tiver de lidar com as exigências da vida adulta, mas sem ter passado pela experiência da adolescência.

Os outros aspectos da dimensão família são a experiência adquirida ao longo das gerações e o sistema de valores e crenças culturais e religiosas, os quais condicionam a vivência de situações semelhantes e a capacidade de adaptação à doença, originando deste modo implicações clínicas importantes. Assim, enquanto algumas famílias poderão considerar a doença como um castigo de Deus, outras atribuirão a responsabilidade à quebra dos valores tradicionais na sociedade moderna ou às pressões/influências negativas que os jovens de hoje em dia sofrem. As diferentes

perspectivas familiares orientarão o modo como tratam o paciente, durante as diferentes fases da doença; e isso tem implicações nas mais pequenas decisões tal como, admitir a existência de um problema ou quando recorrer a tratamento.

A doença crónica ocorre em todos os ciclos de vida de uma família (McDaniel, et al., 1992). Para distinguir as diferentes respostas, John Rolland (1988), sugeriu que os clínicos considerassem a interface entre a doença e o ciclo de vida do indivíduo e da família. O trabalho de Rolland teve como base a descrição de Lee Combrinck-Graham's referente às três gerações de uma família que oscila ao longo do tempo entre o período da família "centrípta" e da família "centrífuga". Por outro lado, durante o desenvolvimento do período centrífugo, as famílias são descritas como se as forças centrípetas fossem transferidas de membros e gerações para outros membros e gerações (Combrink-Graham, 1985). Esse facto leva que as necessidades normativas das famílias geralmente estão subordinadas às necessidades da doença ou ao membro doente da família. As outras necessidades dos membros podem ser negligenciadas, resultando em frustração, ressentimento e comunicação pobre (González, Steinglass, & Reiss, 1989).

Nesta sequência, Rolland refere que a doença crónica exerce um movimento centrípeto no sistema familiar, embora a sua repercussão deva ser avaliada considerando a etapa do ciclo de vida em que a família se encontra. Este modelo permite especular sobre a importância das forças e fraquezas dos vários componentes do funcionamento familiar em relação aos diferentes tipos de doença em diferentes fases do ciclo de vida da doença. Possibilita ainda uma avaliação mais globalizante, permitindo avaliar, por exemplo, o sistema de crenças familiares sobre a doença e planificar intervenções individualizadas. Numa doença crónica e progressivamente incapacitante é de prever que, caso o prestador de cuidados não receba apoio dos familiares, amigos ou grupos de auto-ajuda, quando a doença se agrava, possa chegar a um estado de exaustão o que consequentemente tem repercussões negativas no doente (Revenson & Majerovitz, 1991). Em doenças progressivas e recidivantes como a Dependência de Substâncias, a incapacidade constitui um problema ao longo da evolução da doença, visto que tem um curso incerto e imprevisível. Este facto dificulta a preparação para a mudança, por parte da família. Deste modo, é fundamental haver uma dinâmica familiar que permita ao doente participar no planeamento familiar relacionado com a doença. Cada fase tem as suas próprias tarefas psicossociais, as quais requerem diferentes forças, atitudes ou mudanças por parte da família. A transição de uma fase para a outra constitui um momento crítico, à semelhança dos períodos de transição do ciclo de vida de uma família. São momentos de reavaliação da estrutura familiar às novas exigências da doença. Em resumo, o

impacto da doença na família vai depender da fase de desenvolvimento em que a família se encontra aquando do diagnóstico da doença, da forma como a dinâmica familiar é afectada e do significado que é atribuído à doença em termos de identidade familiar (Pereira, 2001).

2.1.1.2. Modelo de Ajustamento e Adaptação da Resposta Familiar (Modelo FAAR)

Este modelo possibilitou a melhoria da compreensão sobre o papel da família no curso da adaptação à doença crónica ao longo do tempo; procura explicar como certas famílias recuperam das crises e se adaptam e em que condições são afectadas negativamente por experiências *stressantes* (Patterson, 1988).

O FAAR evolui do modelo ABCX (McCubbin & Patterson, 1982, 1983) pois, a partir da observação directa das famílias, tornou-se evidente a necessidade de se incluírem mais variáveis para além das já incluídas no ABCX, de modo a explicar o curso da adaptação familiar ao longo do tempo. Os autores propuseram uma conceptualização do *stress* familiar, englobando quatro domínios: os problemas/exigências (*demands*), as capacidades (*capabilities*), os significados (*meanings*) e as consequências ou resultados (*outcomes*). Os autores propõem ainda a existência de duas fases: a fase de Ajustamento e a fase de Adaptação, separadas por um período de Crise familiar.

Durante a fase de Ajustamento, no período que precede um *stressor* familiar, por exemplo uma situação de *overdose* ou recaída no uso de drogas, existem tensões anteriores tais como comunicação pobre ou regras de disciplina desadequadas. A combinação dos três factores (*stressor* actual – dependência de substâncias, *stressor* prévio – por ex: ausência de afectos, e dificuldades – por ex.: situação económica instável) produz uma modificação das exigências da família. A família avalia a relação entre os recursos existentes e as suas capacidades antes de definir o *stressor* e escolher um plano para lidar com nova situação nova e se ajustar de acordo. Aquelas que tiverem acesso a profissionais qualificados (recursos) e entrarem em contacto com eles terão uma maior facilidade em elaborar um plano de acção (capacidades), logo uma maior facilidade em ultrapassar de forma positiva esta fase.

As famílias ao experienciarem o *stress* (positivo ou negativo) poderão responder de três formas: 1) evitando, negando ou ignorando o *stressor* e as exigências correspondentes na esperança de que se resolva por si só; 2) eliminando as exigências através da alteração do *stressor* ou da sua definição; 3) aceitando as exigências do *stressor* e fazendo as alterações requeridas (processo de assimilação). As duas primeiras acções (1 e 2) poderão proteger a unidade familiar ao

minimizarem as mudanças requeridas contudo, muito provavelmente conduzirão a uma situação de inadaptação. Este fenómeno pode ser definido pelos autores sistémicos como *feedback* negativo (Alarcão, 2000; Relvas, 2000). É opinião uniforme entre os clínicos que estas situações são as mais frequentes nestas famílias, correspondendo ao que muitos chamam de “cegueira”, dado que a família não está capaz de aceitar a realidade da situação, minimizando os problemas associados à dependência de substâncias, excluindo-se do enquadramento clínico ou redefinindo a situação como “coisas da idade ... é passageiro” ou como fatalidade “ele já é assim há muito tempo, não vai mudar agora”. A assimilação poderá envolver o redireccionamento de recursos com melhor prognóstico em termos de resolução satisfatória da situação. Em muitos casos, o período de Ajustamento é visto como uma resposta de curta duração, para se poder lidar com a mudança, com as transições e as exigências. Contudo, por vezes o Ajustamento é insuficiente e instala-se a Crise (McCubbin, Patterson, & Sussman, 1983).

A ocorrência de Crise não significa que a família falhou ou é disfuncional. A fase de Adaptação caracteriza-se pelo reconhecimento da necessidade de se realizar a mudança (através da modificação de regras estabelecidas, de papéis, objectivos e/ou padrões de interacção). É muitas vezes aqui que as famílias pedem ajuda de uma forma mais consistente junto dos profissionais, adoptando medidas tais como idas a consultas especializadas ou internamentos em comunidades terapêuticas.

O processo de Adaptação ocorre em dois níveis distintos: Reestruturação e Consolidação.

Na fase de Reestruturação, um ou mais membros da família tomam consciência da incapacidade em cumprir com a combinação das novas exigências com as exigências já existentes (*pile-up*). Eles partilham da compreensão do problema e têm uma visão realista da disponibilidade dos recursos; também estão capazes de concordar e implementarem soluções que influenciem a transição familiar nesta fase. Assim, através do uso dos recursos na resolução de problemas, da avaliação e definição correcta da situação os membros estão capazes de maximizar as soluções disponíveis. Nesta fase, os esforços da família para resolver problemas e realizar mudanças estruturais, estão orientados para lidar com exigências específicas, para as mudanças para acomodar as exigências e para o restabelecimento da organização e unidade familiar. Na Dependência de Substâncias esta situação caracteriza-se pela emergência de um dos membros como sendo o responsável pelo acompanhamento do processo de tratamento. Este membro, que tanto pode ser o progenitor, o cônjuge ou o irmão/o, e assume-se como cuidador informal, com as responsabilidades inerentes ao papel. Aparece muitas vezes em super funcionamento, seja

compensando a perda de vitalidade da família (“bombeiro que anda sempre a apagar fogos”), como denunciante da situação ou também, paradoxalmente, encobrindo certos comportamentos do membro adicto. Efectivamente, são os elementos chave do sistema, apresentando o maior protagonismo e desgaste emocional.

A família evolui para a fase de Consolidação após iniciar as mudanças que levem a alguma reestruturação. Isso poderá envolver tais coisas como, o membro adicto da família está numa fase de abstinência e procura emprego e mudar de residência. Neste nível o foco da família está na tentativa de se moldar numa unidade coerente. Para tal, um ou mais membros da família tomam consciência de que a família fez mudanças significativas. Para além disso, tentam facilitar a tomada de consciência e aceitação da reestruturação dos restantes membros da família pois, ao contrário da fase de Reestruturação, o sucesso nesta fase tem de envolver todos os membros. Contudo, todo o processo de mudança é feito através de tentativa-erro sendo que este esforço de coordenação é chamado de *sinergia*. As interacções entre a família e a comunidade, enquanto se tenta redefinir papéis, são chamadas de *interface* e delas depende o sucesso da adaptação. Como facilmente se percebe, um processo longo de Dependência de Substâncias origina e/ou agrava os conflitos, deteriorando a organização e estrutura familiar. Isso leva a que certos membros sejam afastados do núcleo enquanto outros se emaranhem, daí que o processo sinérgico seja complicado. A elevada ocorrência de recaídas também contribuiu para o descrédito dos envolvidos, uma vez que, com cada processo de recuperação ocorre um novo investimento emocional que capitula aquando das recaídas. Sendo progressivamente mais difícil envolver todos os elementos. No entanto, à luz desta teoria, torna-se essencial para uma Adaptação adequada.

Outros conceitos importantes desta fase incluem o *compromisso* e a *manutenção do sistema*. Assim, o *compromisso* envolve a avaliação realista das circunstâncias familiares e a vontade para aceitar uma solução “menos perfeita”. Isto corresponde às situações nas quais, por exemplo, o adicto em recuperação vá saindo cada vez mais à noite com novos amigos. A família, com base nas experiências passadas, sente receio dos comportamentos que o familiar possa ter em grupo. No entanto, com base no processo de recuperação e dando provas de confiança, aceita e, por vezes, incentiva a que o adicto possa desenvolver capacidades de socialização sem a mediação das substâncias.

A *manutenção do sistema* baseia-se na optimização dos valores de estima e estado de espírito. Trata-se de um processo contínuo que a família vai alcançando com base no processo de abstinência do adicto e da alteração das regras de funcionamento familiar (McCubbin et al., 1983).

2.2. Definição do Conceito de Cuidador Informal

Algumas das perspectivas que surgiram, devido ao estudo das ocupações profissionais, identificaram características semelhantes na função de cuidador informal. O conceito de carreira engloba um determinado conjunto de características, tais como, um foco temporal (geralmente longo), uma mudança (especialmente crescimento ou amadurecimento) e uma experiência cumulativa (Eldredge, et al., 2006). Contudo, não se está a considerar a função de cuidador como uma profissão, apesar de partilhar certas características com outras ocupações, tais como a de auxiliar de geriatria/acção médica ou de enfermeiro. Assim, enquanto o cuidador geralmente inicia a sua actividade de um modo gradual e insidioso, só ficando a pessoa totalmente consciente das ramificações das suas funções quando estas ocupam uma parte considerável da sua vida, o profissional escolhe a actividade conscientemente. Quando incumbido das suas tarefas, o cuidador não tem noção do período de tempo em que terá de as desempenhar, nem da duração das mesmas, ao passo que o profissional tem um horário estipulado para cumprir. Uma outra diferença é a de que o cuidador não tem um estatuto reconhecido, excepto pelos amigos e familiares, enquanto o profissional tem direitos, privilégios e regalias. Daí que o cuidador será sempre visto como mãe, filha ou esposa com pouca autoridade/controlo sobre a situação. Para além disso, a função de cuidador tem a duração da doença da pessoa de quem cuida, ao contrário do profissional que desempenha as suas tarefas independentemente do doente ou da fase da doença. Finalmente, a função de cuidador não é planeada, é a consequência de um conjunto de situações mais ou menos aleatórias. Daí que, a preparação para o papel ocorre depois da atribuição do mesmo e não antes, como acontece com os profissionais (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995; Borg & Hallberg, 2006).

Os modelos da experiência cuidadora (Given & Given, Aneshensel, et al., 1995; 1991) referem que o “curso natural” desta experiência passa pela selecção do papel, aquisição das competências específicas, manutenção do cuidado e cessação da prestação de cuidados. Lewis (cit. in Aneshensel et al., 1995) diferencia três estádios na prestação de cuidados: semi-cuidado, que engloba o sentimento de responsabilidade e tarefas instrumentais, cuidado total em *parte-time*, caracterizado pelo aumento das exigências mais pesadas, e cuidado total em regime completo, que envolve a absorção completa nas tarefas de cuidado. Um factor, que está patente nos diferentes modelos, é o da evolução das responsabilidades relacionadas com o papel ao longo do tempo. Daí que a evolução típica do papel de cuidador é definida por três fases: aquisição do papel, desempenho do papel e desligamento do papel. A aquisição do papel refere-se ao reconhecimento

da necessidade da sua existência e o assumir das obrigações e responsabilidades inerentes. O desempenho do papel diz respeito ao cumprimento das tarefas dentro do lar e, em alguns casos, nas instituições que acolhem o paciente. O desligamento corresponde à cessação da prestação de cuidados e ao regresso à rotina anterior ao período de assistência. Ao contrário do que se possa pensar, este não corresponde sempre a um período de estabilidade, uma vez que a vivência da situação deixa muitas vezes mazelas difíceis de recuperar (Aneshensel, et al., 1995).

Os dados são escassos, contudo, tendo em conta estudos efectuados com cuidadores de idosos e de cuidadores de doentes de várias Demências (Birren & Schaie, 1990; Gatz, Bengtson, & Blum, 1990), será a esposa, seguida da filha mais velha quem ocupará a função de cuidadora informal. Isto é, apesar das alterações das funções e estruturas familiares registadas nas últimas décadas, continuam a ser, na maioria dos casos, os familiares directos do sexo feminino que na maior parte dos casos apoiam estes doentes, desempenhando assim o papel de cuidadores informais (Martins, et al., Aneshensel, et al., 1995; 2003). No que diz respeito aos indivíduos Dependentes de Substâncias existem contrastes, enquanto os indivíduos das zonas *up* coabitam com um grupo de amigos ou uma companheira, os da zona *down* continuam ligados à família de origem dependendo desta para suprir a maioria das necessidades (Fernandes & Carvalho, 2003). No entanto, até este ponto ainda não foi descrito o envolvimento das famílias (*up* e *down*) sob o ponto de vista do cuidador, daí que seja desconhecida a extensão total dos cuidados prestados.

As tarefas dependem sempre do grau de incapacidade provocadas pela doença, da ajuda necessária à realização das actividades diárias e do tempo “solicitado” pelo doente. Nestas tarefas incluem-se o suporte emocional, suporte instrumental directo (preparação de refeições, limpeza do lar, compras, transporte), cuidados pessoais (ajuda com a medicação, troca de pensos), gestão do dinheiro, tomada de decisões e ajuda financeira directa (Gatz, et al., 1990).

A Dependência de Substâncias, assim, como muitas doenças crónicas ou “tendencialmente crónicas”, tem sempre associado uma deterioração das capacidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais do indivíduo. Ora, a vivência da situação de doença é muitas vezes sentida como uma situação de crise, um acontecimento *stressor*, que tem consequências no doente e na sua família.

O desempenho deste papel interfere com aspectos da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores, predispondo-os a conflitos. Frequentemente, estas pessoas entram em situações de crise manifestando sintomas como: tensão, constrangimento, fadiga, *stress*, frustração, redução de

convívio, depressão e alteração da auto-estima, entre outros. Esta sobrecarga (*burden*) ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afectar o bem-estar do doente e cuidador (George & Gwynter, 1986). De facto, autores que estudaram os cuidadores informais de pacientes com Demência verificaram que esta tarefa parece produzir efeitos negativos no estado mental dos membros familiares tais como sentimentos de ressentimento e culpa, sobrecarga, ansiedade e depressão (Gallagher, Wrabetz, Lovett, Del Maestro, & Rose, 1989).

Contudo, cuidar de um familiar debilitado e/ou dependente representa igualmente retribuir sentimentalmente a quem de alguma forma também cuidou de nós e a quem se dedica um afecto profundo ou o cumprimento de uma “obrigação moral”. Daí que esta situação também integre aspectos positivos gerados pela solidariedade, proximidade e intimidade (Paúl, 1997). O suporte social, a rede social formal e informal representada por instituições, serviços oficiais públicos ou privados, rede de amigos e voluntários, desempenham um papel importante, pois constituem factores facilitadores no controlo de situações problemáticas (Martins, et al., 2003).

2.3. Morbilidade Psicológica

2.3.1. Depressão

Os cuidadores informais sofrem até cerca do dobro de sintomatologia depressiva que a população geral (Adams, Smyth, & McClendon, 2005; U.S.D.H.H.S., 2003). Contudo, muitos destes cuidadores não reconhecem estes sintomas considerando-os como fadiga ou perda de energia, irritabilidade ou agitação, dificuldade em adormecer ou apenas como parte da condição “normal” de cuidador, daí que não peçam ajuda (O'Brien, 2006). Aliás, os sintomas depressivos no cuidador têm sido associados à qualidade do relacionamento entre a equipa médica e a família, sendo esta relação mediada pela sobrecarga (Chen, Sabir, Zimmerman, Sutor, & Pillemer, 2007).

Um dos primeiros estudos sobre a prevalência dos afectos negativos em cuidadores foi realizado por Rabins e colaboradores (1982). Estes autores entrevistaram cuidadores informais de um grupo de pacientes com Demência, tendo encontrado 87% dos cuidadores com sintomas depressivos crónicos, fadiga e/ou raiva, quando inquiridos sobre o seu estado emocional. Do mesmo modo, Lovett e Gallagher (1988) descobriram que 26% dos seus cuidadores haviam experienciado pelo menos um episódio Depressivo *major*, sendo que Haley e colaboradores (1987) encontraram 43% de cuidadores depressivos. Num estudo recente, Rivera e colaboradores (2007)

estudaram 60 cuidadores de pacientes com danos cerebrais na procura de preditores da depressão. Os resultados encontrados referiam 48,3% de cuidadores com depressão, sendo que os factores que preditores eram uma abordagem ineficaz na resolução de problemas, caracterizada por um estilo negativo, impulsivo e evitante, bem como a referência de problemas físicos nos cuidadores, independentemente da duração do tempo de cuidado, *burden* ou variáveis demográficas. Dreer e colaboradores (2007) estudaram cuidadores de pacientes com lesão da coluna vertebral. Verificaram que 15,7% dos cuidadores tinham sintomas suficientes para diagnóstico de Depressão *major*, sendo que o estilo de resolução de problemas disfuncional era o melhor preditor da depressão, independentemente do nível de impedimento físico do paciente da saúde física do cuidador e das variáveis sócio-demográficas do cuidador. Taylor e colaboradores (2008) estudaram uma amostra de esposas cuidadoras de pacientes com Demência e verificaram que 1/3 das cuidadoras tinha resultados clinicamente significativos de depressão.

Uma linha de investigação no estudo dos sintomas depressivos, está ligada à procura de factores que prevêm o aparecimento dos ditos sintomas. Obviamente que cada investigador, ao interessar-se por uma determinada população, encontrou factores específicos de cada patologia, no entanto existem alguns pontos em comum a todos os tipos de cuidadores. Assim, Aarsland e colaboradores (1999) estudaram cuidadores de pacientes com Parkinson; num estudo com 94 participantes, constituíram um grupo experimental e dois grupos de controlo de modo a verificar o impacto emocional da tarefa. Constataram que os cuidadores, em particular os cônjuges, apresentavam índices mais severos de depressão, fadiga, tristeza e menor satisfação com a vida do que os controlos. Os factores que previam o *distress* no cuidador eram a depressão do paciente, danos cognitivos e funcionais, agitação, comportamento motor aberrante e delírios.

Croog e colaboradores (2001) investigaram a relação entre os problemas de comportamento em 199 pacientes de Alzheimer e o impacto na saúde emocional dos seus cuidadores (cônjuges). Verificaram que a associação entre o factor Idade e o factor Comportamento Destrutivo previa níveis elevados de Depressão e Ansiedade e níveis baixos de Bem-estar Positivo em cuidadores com idade inferior a 64 anos. Também constataram que o factor Labilidade Emocional era o melhor preditor de danos no Bem-estar Positivo dos cuidadores e que os maridos apresentavam níveis significativamente superiores de Ansiedade do que as esposas. Fernandez e colaboradores (2001), por outro lado, escolheram a população de cuidadores de pacientes de Parkinson e encontraram correlações moderadas entre os factores comportamentais dos pacientes e a saúde mental dos cuidadores. Para estes autores, será a duração da doença o factor preditivo

mais forte de depressão nos cuidadores.

Grant e colaboradores (2001) estudaram os diferentes factores que contribuíam para a adaptação de cuidadores de pacientes que recuperavam de enfartes do miocárdio. Verificaram que a percepção de controlo sobre as emoções enquanto resolviam problemas era o melhor preditor de saúde e de baixa depressão no cuidador. Os autores concluíram que as intervenções orientadas para a resolução de problemas são indicadas para a prevenção da depressão nos cuidadores. Pickett (2007), num estudo similar com 62 cuidadores de doentes de Huntington, verificou que os melhores preditores de depressão eram o *burden* subjectivo do cuidador, a depressão de quem recebe cuidados e a avaliação que o cuidador faz da sua capacidade de resolver problemas. Sendo que o *burden* do cuidador e a depressão no paciente eram os preditores mais fortes.

Feldman e colaboradores (2007) estudaram os cuidadores de crianças com atrasos desenvolvimentais. Verificaram que 20% dos cuidadores tinham resultados clinicamente significativos de depressão. Os valores elevados de sintomas depressivos estavam associados a maiores problemas comportamentais das crianças, à utilização de estratégias de *coping* de evitamento, a um baixo suporte social e a uma baixa autoeficácia parental. Assim, os problemas comportamentais, o *coping* de evitamento e o suporte social previam os sintomas depressivos nestes cuidadores.

Harris e colaboradores (2001) alargaram a discussão acerca dos factores preditivos ao incluírem variáveis familiares no estudo. Os autores avaliaram 58 cuidadores de pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) em quatro momentos (6 meses, 1 ano, 2 anos e 3 anos) após a lesão. Verificaram que 46% da variância da depressão do cuidador era explicada pela interacção da Avaliação que os membros da família faziam dos efeitos adversos na família, os efeitos adversos na família e a eficácia do suporte. Os autores sublinharam, deste modo, a importância de se tratarem as famílias como um todo, na reabilitação de doentes com TCE.

Whitlatch e colaboradores (2001) procuraram diferenciar quais os aspectos que melhor previam a depressão num grupo de cuidadores de pacientes com Demência internados numa instituição. Das 133 pessoas entrevistadas, os autores determinaram que os melhores factores eram a idade do cuidador, a adaptação do cuidador à instituição e os *stressores* que derivavam da instituição. A equipa concluiu que a depressão dos cuidadores está intimamente relacionada com a adaptação do paciente bem como do cuidador à instituição de acolhimento. Haley e colaboradores (2003) utilizaram uma amostra semelhante e verificaram que os cuidadores que avaliavam subjectivamente a tarefa de cuidar como menos *stressante*, que haviam encontrado significado e

benefícios subjectivos na tarefa e que possuíam mais recursos sociais apresentavam menores índices de depressão e maior satisfação com a vida, mesmo controlando as variáveis relacionadas com as dificuldades dos pacientes e de avaliação dos cuidadores.

King e colaboradores (2001) introduziram um outro aspecto inovador: avaliar os cuidadores na transição dos pacientes do internamento para casa. Escolheram uma amostra de cuidadores de pacientes que haviam sobrevivido a um enfarte do miocárdio e avaliaram-nos desde a hospitalização até 6-10 semanas de recobro em casa. Verificaram que os preditores mais significativos de depressão durante a hospitalização eram o género e a avaliação do impacto da doença, explicando 29% da variância. No entanto, durante o recobro em casa a depressão era explicada em 50% pela depressão durante a hospitalização, a saúde em casa, o funcionamento familiar e o *coping* de evitamento. Os autores (2002) continuaram a avaliação com 53 cuidadores, 2 anos após a alta médica e verificaram que apesar de uma certa melhoria na sintomatologia depressiva e na percepção de saúde, os índices de depressão não modificaram significativamente e o funcionamento familiar ficou “menos saudável”. Os melhores preditores de depressão nos cuidadores eram, no momento da reabilitação aguda, baixos níveis de suporte, “encontrar significado” e *coping* de evitamento. Após 2 anos, os melhores preditores eram os baixos níveis de funcionamento familiar e o suporte social (sentimento de pertença).

Huang e colaboradores (2006) procuraram verificar quais as consequências de cuidar. Para tal, avaliaram 148 cuidadores de idosos com Demência e verificaram que as cuidadoras com menor rendimento socioeconómico e sem ajuda profissional apresentavam maior sintomatologia depressiva, tendo também sido evidente o efeito moderador do suporte social. Cole e Eamon (2007) também procuraram determinar quais os factores que previam depressão em cuidadores. Num estudo com 189 cuidadores, os investigadores concluíram que, contrariamente ao esperado, um nível socioeconómico mais elevado constituía um risco acrescido para desenvolver depressão. Adicionalmente, verificaram que os cuidadores que os índices de saúde inferior a “excelente” ou “muito bom”, episódios de abuso durante a infância e tempo insuficiente para desempenhar as suas tarefas, constituíam factores de risco adicionais.

Zunzunegui e colaboradores (2002) avaliaram 195 cuidadores de pacientes com Demência ao longo de 1 ano. Verificaram que os preditores mais significativos de depressão nos cuidadores eram a baixa saúde física, baixa auto-estima e incontinência dos pacientes. Deste modo, concluíram que a depressão nos cuidadores estava mais relacionada com a sua própria saúde e recursos psicológicos do que com a quantidade de cuidado prestado. Covinsky e colaboradores (2003)

apresentaram resultados ligeiramente diferentes após estudarem 5627 pacientes com Demência e seus cuidadores. Com base nos resultados, verificaram que 32% dos cuidadores apresentavam sintomas suficientes para o diagnóstico de Depressão. Assim, apuraram factores preditores relacionados com características dos pacientes e com características dos cuidadores. A idade (inferior a 65 anos), nível de educação (menos do que ensino secundário), dependência para realizar duas ou mais actividades do dia-a-dia e o comportamento disruptivo (principalmente irado ou agressivo) eram características associadas aos pacientes; enquanto rendimentos mais baixos (inferiores a 10.000 dólares/ano), ser esposa, cuidar mais do que durante 40 horas semanais e prestar apoio a actividades do dia-a-dia (em comparação com apoio instrumental), constituíam características do cuidador. Os autores concluem que a depressão dos cuidadores é um processo complexo que deve ser avaliado multifactorialmente. Sink e colaboradores (2006) procuraram determinar se existiriam características dos cuidadores que estariam independentemente associadas a sintomas neuropsiquiátricos de pacientes com Demência. Numa amostra com 5788 cuidadores, para além de constatarem que 32% apresentavam sintomas depressivos significativos, também verificaram que os cuidadores mais novos, com menor formação académica, mais deprimidos, com mais *burden* ou que passavam mais horas por semana a cuidar do paciente, relatavam um maior número de sintomas neuropsiquiátricos dos pacientes. Daí que os autores concluam os clínicos deverão ter em conta as características dos cuidadores ao planearem intervenções médicas e psicoeducativas.

Majerovitz e colaboradores (2007) procuraram identificar os preditores de depressão e sobrecarga em cuidadores de idosos internados. Verificaram que a idade, o rendimento económico, a saúde e o suporte social previam a depressão. Sendo que a média dos sintomas depressivos era clinicamente significativa. Em relação à sobrecarga, para além destes factores, os *stressores* relacionados com a prestação de cuidados (problemas comportamentais e de memória do paciente, tarefas de cuidar e satisfação com o internamento) também previam a sobrecarga.

Magaña e colaboradores (2007) estudaram os cuidadores de pacientes com Esquizofrenia. Verificaram que 40% dos cuidadores tinham sintomas depressivos clinicamente significativos. A idade do cuidador (mais jovem), o nível baixo de educação do cuidador e maior número de sintomas do paciente previam a depressão no cuidador. Para além disso, a sobrecarga mediava a relação entre os sintomas psiquiátricos do paciente e os sintomas depressivos do cuidador. Sendo que o estigma estava significativamente relacionado com os sintomas depressivos do cuidador. Perlick e colaboradores (2007) também encontraram uma relação significativa entre a depressão e o

estigma. Numa amostra com 500 cuidadores de pacientes Bipolares, verificaram que o estigma estava significativamente associado à depressão, mesmo controlando os factores sociodemográficos dos pacientes. O suporte social e o *coping* de evitamento explicavam 63% da relação entre o estigma e a depressão.

Mausbach e colaboradores (2007) procuraram avaliar o impacto do sentido de mestria e do *stress* do cuidador nos sintomas depressivos e na saúde em cuidadores de pacientes com Alzheimer. Verificaram que a variação dos sintomas depressivos ao longo do tempo estava significativamente relacionada com a sobrecarga do papel de cuidador e com o sentido de mestria. Sendo que a interacção entre a sobrecarga do papel e o sentido de mestria previa os sintomas depressivos e a saúde do cuidador.

Mystakidou e colaboradores (2007) estudaram cuidadores de pacientes oncológicos. Encontraram associações significativas entre o sexo masculino do paciente e a depressão no cuidador, entre o estado civil e a depressão e entre a depressão no paciente e a depressão no cuidador.

Relacionado com as características da doença, Land e colaboradores (2003) recolheram dados junto da comunidade homossexual e bissexual seropositiva e seronegativa. Numa amostra de 416 cuidadores, verificaram que, aqueles que cuidavam de pacientes HIV positivo, apresentavam maiores níveis de depressão do que os cuidadores de pacientes HIV negativo. As características específicas dos cuidadores de pacientes HIV positivos eram piores resultados de saúde e preocupações financeiras, enquanto as características que previam depressão nos cuidadores de pacientes HIV negativo eram o *stress* elevado associado à tarefa de cuidar. Idade mais jovem, *stress* associado ao papel de cuidador e baixa auto-estima eram factores preditivos comuns aos dois grupos. Land e Hudson (2004) concordaram que a depressão em cuidadores homossexuais e bissexuais parece estar mais relacionada com *stressores* objectivos ligados à tarefa de cuidar. Miller e colaboradores (2007) estudaram ligação entre a qualidade da relação e as variáveis psicológicas em cuidadores de pacientes com HIV. Verificaram que a qualidade do relacionamento entre cuidador e paciente estava significativamente associada com a depressão e a sobrecarga no cuidador e com a depressão, funcionamento físico e adesão à medicação nos pacientes. Parker (2008) também estudou o efeito da qualidade do relacionamento e os sintomas depressivos, mas em cuidadores de pacientes com Alzheimer. Verificou que o relacionamento marital estava correlacionado com a sobrecarga e a depressão no cuidador. Sendo que a qualidade do relacionamento marital explicava 40% da variância da sobrecarga e 22% da depressão no cuidador.

O'Rourke e colaboradores (2003) avaliaram uma amostra de 382 cuidadores de pessoas com défices cognitivos ao longo de 5 anos, de modo a verificar a relação entre características da doença física e o aparecimento da depressão nos cuidadores. Os autores concluíram que as características da doença e sintomatologia depressiva no paciente e a saúde do cuidador (na *baseline*) contribuíam significativamente para o aparecimento da depressão nos cuidadores 5 anos mais tarde. No entanto, a sintomatologia depressiva não previa a saúde física dos cuidadores ao fim de 5 anos.

Warner e colaboradores (2006) estudaram cuidadoras de crianças de 3 anos de idade, que haviam sido expostas a cocaína/crack, com o objectivo de procurar determinar factores preditivos de problemas de comportamento infantil. O nível de depressão dos cuidadores foi o único factor preditor de problemas de comportamento encontrado. De facto, os resultados médios de depressão estavam bem acima ao ponto de corte clínico enquanto a média dos problemas de comportamento das crianças estava bem dentro dos limites normais. Uma evidência adicional estava relacionada com as cuidadoras que não eram mães das crianças de quem cuidavam. Assim, os autores verificaram que estas cuidadoras apresentavam valores significativamente inferiores de depressão e de problemas de comportamento infantil do que as cuidadoras biológicas.

Schulz e colaboradores (2008) estudaram a relação entre o sofrimento do paciente com Demência e a depressão nos seus cuidadores. Numa amostra com 1222 cuidadores, verificaram que ambos os tipos de sofrimento (existencial e emocional) estavam relacionados com a depressão nos cuidadores mas apenas o sofrimento existencial estava associado ao uso de medicação antidepressiva. Para além disso, à medida que o tempo passava, aumentos no nível de sofrimento correspondiam a aumentos no nível de depressão do cuidador.

No estudo da Depressão em cuidadores informais, enquanto alguns autores procuraram analisar a saúde mental durante a prestação de cuidados, outros interessaram-se pela avaliação após a tarefa ter terminado.

Bodnar e Kiecolt-Glaser (1994) avaliaram longitudinalmente mudanças ocorridas numa amostra dividida em três grupos. O primeiro grupo, com 98 sujeitos, era constituído por cuidadores que prestavam cuidados durante 4 anos. O segundo grupo, com 49 sujeitos, tinha cuidadores cujo familiar havia falecido entre os anos 1 e 4; e o terceiro grupo que servia de controlo (n=107). Os resultados indicaram que não existiam diferenças significativas em termos de sintomas depressivos entre os cuidadores do primeiro e do segundo grupo. No entanto, ambos os grupos apresentavam sintomatologia depressiva significativamente superior aos do grupo controlo. Os autores concluíram

que os cuidadores que ruminavam mais acerca da tarefa após o seu fim apresentavam mais sintomas depressivos, *stress* e isolamento social.

Schulz e colaboradores (2001) procuraram compreender o efeito da perda em cuidadores. Para tal, avaliaram 129 sujeitos em três momentos (*baseline*, antes da morte do familiar e após a morte do familiar). Para além disso, dividiram os sujeitos em três grupos: cuidadores sobrecarregados, cuidadores não-sobrecarregados e controlo. Os resultados mostraram que os valores de depressão mantiveram-se altos nos cuidadores sobrecarregados mas não aumentaram, ao passo que aumentou nos outros dois grupos. Os autores concluíram que o impacto de perder um familiar varia em função da experiência de cuidar que precede a morte. Boerner e colaboradores (2004) defendem que sentimentos recompensadores durante os cuidados conduzem a níveis mais elevados de depressão e luto após o falecimento. Entre os indivíduos que já estavam sobrecarregados antes da morte do familiar, a morte em si não aumenta o nível de *distress*, reduzindo inclusive os comportamentos de risco. Contudo, os não-cuidadores aumentam os níveis de depressão e ocorre uma perda ponderal. Chentsova-Dutton e colaboradores (2002) encontraram resultados semelhantes. De facto, os seus resultados mostram que os sintomas depressivos e de *distress* são superiores durante o período de cuidados e durante os primeiros meses após a morte do familiar, persistindo, em alguns casos até 13 meses após o falecimento. Os autores concluíram que, para os cuidadores, existe a mesma probabilidade de desenvolverem sintomas depressivos durante a fase de cuidados que após o falecimento do familiar. Waldrop (2007) encontrou resultados semelhantes.

Brazil e colaboradores (2003) trabalharam de modo a determinar quais os factores que previam o aparecimento de sintomas depressivos em cuidadores após uma situação de perda do familiar. Após entrevistarem 151 cuidadores, os resultados revelaram que os cuidadores mais novos, com pior saúde mental, e ser esposa, apresentavam um maior número de sintomas depressivos. Os factores que previam uma pior recuperação após a perda eram um estado de saúde mental deteriorado, ser cônjuge e relatar problemas de saúde derivados da tarefa de cuidar.

Fenix e colaboradores (2006) adicionaram mais um factor interessante à discussão: a religiosidade. Numa amostra de 175 cuidadores de pacientes com cancro, os autores verificaram que um resultado elevado de religiosidade estava associado a índices menores de sintomatologia depressiva num *follow-up* 13 meses após o falecimento do familiar.

Num estudo recente, Schulz e colaboradores (2006) procuraram determinar os factores associados ao luto patológico em cuidadores. Com uma amostra inicial de 1222 cuidadores de

pacientes com Demência, os autores fizeram avaliações semestrais num período de 18 meses. Os resultados de 217 sujeitos, que passaram pela experiência de falecimento do familiar, mostram que 20% apresentam complicações com o processo de luto, para além de um nível elevado de sintomatologia depressiva após a morte. Alguns factores tais como elevados níveis de sintomatologia depressiva e sobrecarga anterior à perda, estar a cuidar de um familiar com défices predominantemente cognitivos e relatarem experiências positivas de cuidado, possuíam uma maior probabilidade de apresentarem complicações com o processo de luto. Os autores concluem que as intervenções nos cuidadores devem também ter em conta as consequências da perda do familiar.

Taylor e colaboradores (2008) estudaram uma amostra de esposas de pacientes com Demência. Numa amostra com 1967 cuidadores, verificaram que o nível de sintomas depressivos atingiu um pico durante os três meses após a morte do paciente, mas diminuía de uma forma estável nos 15 meses seguintes. Para além disso, também foi evidente que, inicialmente os sintomas depressivos aumentaram com a institucionalização do paciente mas, mais tarde, desceram. Para além disso, o aumento da sintomatologia depressiva após a morte do paciente parece ser de curta duração. Tweedy e Guarnaccia (2008) encontraram resultados ligeiramente diferentes. Assim, enquanto maridos e esposas tinham um aumento da sintomatologia depressiva após a morte do seu paciente, os maridos apresentavam níveis decrescentes de depressão ao passo que as esposas relatavam um aumento da sintomatologia.

Tomarken e colaboradores (2008) procuraram identificar os factores associados a luto patológico em cuidadores de pacientes oncológicos terminais. Verificaram que os cuidadores com idade inferior a 60 anos tinham níveis de luto patológico superiores aos cuidadores com mais de 60 anos. Para além disso, foram encontradas correlações significativas entre o luto patológico e história de depressão, depressão actual, pensamento pessimista, acontecimentos de vida *stressantes* moderados/elevados, suporte social percebido, rendimento económico anual actual e rendimento económico anual na altura do diagnóstico do paciente.

Zhang e colaboradores (2008) procuraram identificar os factores preditivos de depressão em cuidadores após a morte do paciente. Assim, após a perda do ente querido os factores de risco identificados foram: maiores níveis de depressão antes da morte do paciente, maior sobrecarga comportamental, menor suporte social, menor rendimento económico e comportamentos de doença (por ex: fumar, alimentação inadequada, falta de exercício físico). Os factores identificados contribuíam para valores limite e clínicos de depressão.

2.3.2. *Stress e Distress*

Nesta secção optou-se por escolher a literatura que faz referência ao desconforto emocional geral e inespecífico em cuidadores informais de pacientes com condições médicas crónicas. Esta decisão prende-se, por um lado, com a ausência de estudos com cuidadores de toxicodependentes/alcoólicos e, por outro lado, com o facto de a maioria dos estudos se referirem ao *stress* e/ou *distress* como sinónimo de toda a variedade de sintomatologia negativa (depressão, ansiedade, *burden*...). Daí que se decidiu seleccionar os estudos que utilizaram os instrumentos BSI (Canavaro, 1999a; Derogatis, 1975) e SCL-90-R (Derogatis, 1977) para avaliar o *distress* psicológico. Esta decisão também é uma forma de manter a consistência com o conceito de desconforto emocional adoptada neste estudo.

Flaskerud e Lee (2001) estudaram uma amostra de cuidadores informais de pacientes com HIV/SIDA. Os autores procuraram determinar os preditores de depressão e de percepção de saúde física. Verificaram que o *distress* relacionado com os sintomas comportamentais do paciente, a ansiedade e o nível de escolaridade estavam relacionados com a depressão enquanto os sintomas depressivos, a ira/raiva e o estado funcional do paciente prediziam a (menor) percepção da saúde física do cuidador.

Chentsova-Dutton e colaboradores (2002) procuraram compreender o impacto emocional da tarefa de cuidar durante o processo de luto. Para tal avaliaram uma amostra de 48 cuidadores (36 participantes no grupo controlo) pouco tempo antes da morte do paciente, 2, 7 e 13 meses após o falecimento. Verificaram que os índices de *distress* psicológico eram mais elevados durante o tempo em que os cuidadores prestavam cuidados e logo após o falecimento do paciente, começando a decrescer durante o primeiro ano após o falecimento. Para além disso, muitos dos sintomas de luto permaneceram elevados 13 meses após o falecimento. Os autores concluíram que o *stress* associado à tarefa de cuidar poderá estar a ser subestimado, uma vez que é igualmente provável o aparecimento de sintomas de *distress* psicológico durante a prestação de cuidados como no processo de luto.

Labbé e colaboradores (2002) compararam o funcionamento psicossocial de cuidadores de crianças com uma doença terminal e de cuidadores de crianças com epilepsia ou paralisia cerebral. Verificaram que os cuidadores de crianças com uma doença terminal apresentavam diferenças significativas em termos de *distress* (subescalas depressão e ansiedade do SCL-90) e sobrecarga (subescala impacto na saúde e impacto nos horários do CRA) do que o grupo de comparação. No

entanto, também verificaram que o *optimismo* está positivamente relacionado com um melhor funcionamento psicossocial, independentemente do tipo de doença que os cuidadores lidam. Land e Hudson (2002) também utilizaram subescalas do BSI para avaliar o *distress* psicológico em cuidadores de pacientes com diferentes graus de seropositividade. Tendo verificado que os três grupos apresentavam valores clínicos de depressão.

Price e colaboradores (2002) estudaram a relação entre o afecto negativo e a qualidade de vida em cuidadores de pacientes com asma. Os autores verificaram que a qualidade de vida não estava relacionada com a utilização dos serviços de saúde, mas estava positivamente relacionada com o afecto negativo na *baseline*. Concluíram que as medidas de afecto dos cuidadores tinham uma influência significativa sobre a sua qualidade de vida.

Sander e colaboradores (2003) desenvolveram um estudo interessante; decidiram avaliar o funcionamento familiar, o *distress* emocional e o suporte social em cuidadores numa altura anterior ao TCE do seu familiar (retrospectivamente). Verificaram que 37% dos cuidadores apresentavam sintomas de *distress* consistentes com diagnóstico psiquiátrico no mês anterior à lesão, sendo que 27% afirmavam já ter tido acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado. Em relação ao funcionamento familiar, entre 25% e 33% declaravam um funcionamento não-saudável em pelo menos uma área, um mês antes da lesão, sendo este factor agravado pelo baixo rendimento económico. No que diz respeito ao suporte social, os cuidadores estavam satisfeitos nos momentos anteriores à lesão e apenas uma pequena parte apresentava história de abuso de substâncias. Os autores concluem que as condições de *distress* emocional e funcionamento familiar anteriores à lesão poderão influenciar negativamente a capacidade de *coping* dos cuidadores.

Aguglia e colaboradores (2004) avaliaram o *distress* emocional (depressão e ansiedade) e a sobrecarga em cuidadores de pacientes com Alzheimer. Apuraram que os factores associados a níveis mais elevados de *distress* eram um maior nível de impedimento cognitivo do paciente, menor independência de movimento do paciente, maior necessidade de cuidados e de supervisão e menor tempo de lazer do cuidador. Marvardi e colaboradores (2005) também avaliaram o *distress* emocional através das subescalas *depressão* e *ansiedade* do BSI e a sua relação com a sobrecarga, mas em cuidadores de pacientes com Demência. Numa amostra com 419 participantes, os autores verificaram que o *distress* explicava a sobrecarga psicológica enquanto as perturbações comportamentais e a incapacidade eram preditores da sobrecarga “horária”. Razani e colaboradores (2007) estudaram a relação entre o *distress* psicológico, a sobrecarga e as actividades do dia-a-dia em cuidadores de pacientes com Demência. Apuraram a existência de

correlações significativas entre os três factores. Os impedimentos na orientação, na comunicação, no transporte e na capacidade financeira nos pacientes estavam associados a uma maior sobrecarga e hostilidade nos cuidadores. De facto, o défice na capacidade financeira era o preditor mais forte da sobrecarga (horários) e da hostilidade nos cuidadores enquanto o impedimento da capacidade de transporte do paciente era o preditor mais forte de sobrecarga (desenvolvimental).

Mausbach e colaboradores (2005) investigaram a hipótese de os níveis elevados de depressão dos cuidadores estarem associados a uma elevação exagerada da norepinefrina plasmática nas situações de *stress* nos cuidadores. Numa situação experimental, na qual participaram 55 cuidadores de pacientes com Alzheimer, os autores utilizaram a subescala *depressão* do BSI. Verificaram que o resultado de depressão era preditor das alterações dos níveis de norepinefrina pós-*stressor*, mesmo após controlarem a idade, o *distress* do cuidador, a presença de hipertensão no cuidador e o nível de funcionamento cognitivo do paciente. Os autores concluem que os níveis elevados de depressão no cuidador poderão contribuir para o aparecimento/agravamento de problemas cardiovasculares.

Hämmerling e Wendel (2006) utilizaram subescalas do SCL-90-R e um instrumento de avaliação de *burden* para avaliarem a sobrecarga psicológica de cuidadores de pacientes com danos cerebrais crónicos e a sua relação com percepção da qualidade da relação conjugal (com outro instrumento). Através de uma regressão verificaram que os *stressores* subjectivos eram preditores da sobrecarga psicológica e da qualidade da relação.

Sander e colaboradores (2007) interessaram-se na relação entre a etnicidade e o *distress* em cuidadores de pacientes com TCE. Verificaram que a etnicidade não era preditora de *distress*, no entanto para os indivíduos hispânicos/negros uma ideologia mais tradicional acerca do papel de cuidador, estava associado a maiores níveis de *distress*. Hart e colaboradores (2007) compararam cuidadores afro-americanos e brancos e encontraram diferenças étnicas. Assim, os afro-americanos dispendiam mais tempo em cuidados (os pacientes tinham maiores impedimentos físicos, apresentando índices mais elevados de depressão que os brancos. Sendo que os brancos norte-americanos utilizavam mais frequentemente os serviços profissionais para suporte emocional.

Scheirs e Bok (2007) avaliaram o *distress* em cuidadores de pacientes com Perturbação de Personalidade *Borderline*, tendo um interesse em verificar se existiam diferenças entre os cuidadores familiares directos (pais, irmãos) e cuidadores não familiares (companheiros, amigos). Os resultados mostraram que o grupo de cuidadores, como um todo, apresentava resultados superiores de *distress* aos da população geral. Após controlarem o género e idade dos cuidadores e

o género dos pacientes, não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos de cuidadores.

Gilbar e Zusman (2007) estudaram cuidadores de pacientes oncológicos. Verificaram que existia uma relação positiva entre cuidadores e pacientes em termos de *distress* psicológico, paternalismo (relacionamento médico-paciente) e estratégias de *coping* focadas na emoção. Aliás, nos cuidadores o *distress* psicológico estava directamente relacionado com o *coping*.

2.3.3. Sobrecarga (*Burden*)

A primeira referência sobre o sofrimento dos familiares aparece em 1946 com Treudley, que introduziu o conceito de *burden* na literatura psiquiátrica inglesa. O carácter pejorativo associado à ideia de fardo e a ampla utilização de peso com medida física levou-nos a considerar que a melhor tradução para o termo *burden* é sobrecarga (Bandeira & Barroso, 2005).

O conceito de sobrecarga pode ser definido como o impacto negativo num (ou mais) determinado membro da família (cuidador), em resultado da prestação das tarefas inerentes aos cuidados necessários para que um outro membro da família (doente) possa lidar com a sua patologia. Esta sobrecarga também pode advir das alterações psicológicas/comportamentais, directa ou indirectamente, relacionadas com a doença do membro da família. O impacto das diversas condições médicas atinge um amplo espectro de dimensões da vida familiar e pode ser considerado sobrecarga porque requer que os familiares do paciente passem a colocar as suas próprias necessidades e desejos em segundo plano (Kalra, Kamath, Trivedi, & Janca, 2008; Maurin & Boyd, 1990) e adoptem um papel suplementar aos já desempenhados por eles afectando a sua qualidade de vida (Bandeira & Barroso, 2005; Khan, Pallant, & Brand, 2007; Kochar, Fredman, Stone, & Cauley, 2007; Martens & Addington, 2001; Martins, et al., 2003).

O termo sobrecarga é composto por uma dimensão objectiva e outra subjectiva (Lauber, Eichenberger, Luginbühl, Keller, & Rössler, 2003; Martens & Addington, 2001; Maurin & Boyd, 1990).

A sobrecarga objectiva diz respeito às consequências negativas concretas e observáveis resultantes da presença do doente na família, tais como perdas financeiras, perturbações na rotina, na vida social e na vida profissional dos familiares, tarefas quotidianas adicionais que precisam executar para cuidar de todos os aspectos da vida do paciente (higiene, transporte, controlo da medicação, alimentação, lazer, finanças, compras, idas aos tratamentos médico, etc.), perturbações

nas relações entre os membros da família, ocorrência de comportamentos problemáticos com os quais os familiares precisam lidar, tentando evitá-los ou lidando com as suas consequências (por exemplo, comportamentos embaraçosos, agressões físicas e verbais, condutas sexuais inadequadas, comportamentos que perturbam a rotina da casa, ameaças ou tentativas de suicídio, abuso de álcool e drogas, etc.), e o suporte que o paciente recebe dos seus familiares (Bandeira & Barroso, 2005; Martens & Addington, 2001; Martins, et al., 2003; Maurin & Boyd, 1990; Reine, et al., 2004; Tessler & Gamache, 2000).

O aspecto subjectivo da sobrecarga refere-se à percepção ou avaliação pessoal do cuidador sobre a situação, envolvendo ainda a sua reacção emocional, atribuída por ele à presença do doente na família. Portanto, este aspecto refere-se ao grau em que os familiares percebem a presença, os comportamentos ou a dependência dos pacientes como uma fonte de pensamentos e sentimentos negativos, preocupações e/ou tensão psicológica (Martins, et al., 2003; Maurin & Boyd, 1990; St. Onge & Lavoie, 1997). Envolve sentimentos de desamparo, tristeza, culpa, assim como de perda semelhante ao luto. Para além disso, a natureza e o estigma de algumas doenças (mentais, dependência de substâncias) podem provocar sentimentos de constrangimento e exacerbar o isolamento (Bandeira & Barroso, 2005; Tessler & Gamache, 2000). Parece que mesmo a comunidade médica não está preparada para lidar com o problema (Riebschleger, et al., 2008).

As mudanças que ocorrem no relacionamento do paciente com os seus familiares em consequência da doença, em particular a falta de reciprocidade/comunicação, prejudicam a relação e tornam mais difícil a manutenção de sentimentos positivos no dia-a-dia, o que contribui para o aumento da sobrecarga subjectiva. No caso de um cônjuge que cuida do companheiro doente, essa falta de reciprocidade pode provocar uma deterioração que resulta frequentemente em separação/divórcio. Para além disso, um outro elemento factor que agrava a sobrecarga sentida pelos familiares é o de que as tarefas e os cuidados com o paciente ocorrem muitas vezes num momento inesperado, desfasado com o ciclo da vida familiar (Carter & McGoldrick, 1980), pois normalmente espera-se que o indivíduo, atingindo a idade adulta, seja independente e não necessite de mais de cuidados intensivos. A doença de um dos membros da família quebra essa expectativa e inverte a ordem das etapas do ciclo familiar, criando uma função adicional que não era esperada para aquele momento do ciclo familiar podendo ser considerados como estímulos *stressores* para os familiares (Bandeira & Barroso, 2005; Tessler & Gamache, 2000).

Um conjunto significativo de estudos tem demonstrado consistentemente que a presença de um doente mental/físico na família resulta numa considerável sobrecarga para os seus membros. Esta sobrecarga pode estar inclusivamente associada a perturbações psicológicas (depressão, ansiedade, *stress*), principalmente na figura mais frequentemente encarregue dos cuidados (a esposa ou mãe do doente) (Croog, Burleson, Sudilovsky, & Baume, 2006; Garand, Eazor, Dew, DeKosky, & Reynolds lli, 2005; Jungbauer & Angermeyer, 2002; Lauber, et al., 2003; Loukissa, 1995; Magliano, et al., 2000; Magliano, et al., 1999; Marvardi, et al., 2005; Rose, 1996).

No caso das doenças com natureza crónica (ou tendencialmente crónicas), o cuidador é submetido ao efeito prolongado de eventos *stressores* envolvidos na experiência quotidiana de cuidar do paciente, o que pode afectar a própria saúde mental (Awad & Voruganti, 2008; Beckham, Lytle, & Feldman, 1996; Martens & Addington, 2001; Rammohan, Rao, & Subbakrishna, 2002; Schulze & Rössler, 2005).

Nos diversos estudos consultados, os autores dividem-se no que diz respeito aos aspectos associados à sobrecarga. Assim, enquanto alguns deram destaque às medidas de sobrecarga subjectiva, outros deram-no às de sobrecarga objectiva.

Maurin e Boyd (1990) indicaram que a sobrecarga afecta a saúde mental dos familiares, com destaque para as medidas de sobrecarga subjectiva. Segundo a pesquisa de McGilloway e colaboradores (1997), numa amostra com 38 famílias, a maioria dos familiares que cuidavam dos pacientes sofria de transtornos psicológicos, em particular as mulheres. Na pesquisa de St. Onge e Lavoie (1997), com uma amostra de 99 cuidadores, a presença de perturbações psicológicas nas mães de pacientes psicóticos era duas vezes maior do que na população geral. De acordo com os autores, esses transtornos resultaram da sobrecarga sentida pela família por ter que cuidar dos seus filhos doentes mentais. Demi e colaboradores (1997), ao estudar 156 cuidadores de mulheres infectadas com HIV, verificaram que o único factor preditor de sobrecarga e depressão era o estigma associado à condição das pacientes. Daí que tenham concluído que, para diminuir o *burden*, deverão ser empreendidos esforços para reduzir o estigma associado à patologia. Green (2007) estudou a sobrecarga em mães de crianças com deficiência e também verificou que a experiência de *burden* estava relacionada fortemente com o estigma associado à patologia. Gonyea e colaboradores (2005), após controlarem os factores relacionados com a sobrecarga objectiva, verificaram que a auto-eficácia e a depressão prevêm significativamente a sobrecarga em cuidadores de pacientes com Alzheimer. Martire e colaboradores (2008) estudaram os cuidadores

de pacientes com Depressão. Numa amostra com 130 participantes, verificaram que a sobrecarga previa uma maior severidade dos sintomas depressivos no paciente na sexta semana de tratamento, mesmo controlando as características dos pacientes anteriores ao tratamento, os sintomas depressivos do cuidador e a satisfação com o relacionamento dos cuidadores.

Num estudo interessante, Argüelles e colaboradores (2001) verificaram que os cuidadores de pacientes com Alzheimer faziam estimativas erradas acerca das reais capacidades dos pacientes em tarefas do dia-a-dia (saber as horas, contar dinheiro, fazer trocos, usar os talheres ...). Uma análise posterior demonstrou que a sintomatologia depressiva dos cuidadores, e não a sobrecarga, estava relacionada com este tipo de erros. Adelman e colaboradores (2004) realizaram um estudo similar mas desta vez, com díades cuidador-paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Verificaram que os cuidadores conseguem relatar com exactidão as informações acerca da função física do paciente, no entanto quer os cuidadores quer os pacientes sobrestimam o impacto da doença no outro. Por outro lado, Chiò e colaboradores (2005) com o mesmo tipo de população concluíram que os pacientes com ELA tinham uma boa percepção do impacto da sua doença nos cuidadores. O'Rourke e Tuokko (2004) demonstraram, numa amostra de 137 cuidadores, que a sobrecarga antecede a depressão, o mesmo não acontecendo ao contrário. Grov e colaboradores (2006) acompanharam cuidadores de doentes oncológicos na fase paliativa e verificaram que a depressão era o factor principal associado à sobrecarga mas também um factor importante na mediação da relação indirecta entre a saúde física e a ansiedade do cuidador. Pickett (2007) encontrou resultados semelhantes numa amostra de cuidadores de doentes com doença de Huntington.

Meiland e colaboradores (2001) estudaram a percepção de sobrecarga dos cuidadores de pacientes com Demência no momento em que são admitidos na lista de espera de uma instituição para internamento dos seus familiares. Verificaram que metade dos 93 participantes estava altamente sobrecarregada. Os factores associados a mais experiências negativas relatadas pelos cuidadores eram: uma Demência menos severa, idade menor do paciente e providenciar mais horas de cuidado informal. A auto-estima derivada dos cuidados era superior em cuidadores com menores rendimentos e naqueles que percepcionavam a qualidade das relações com o paciente como melhores. Black e Almeida (2004) realizaram uma meta análise dos estudos com cuidadores de pacientes com Demência. Verificaram que os sintomas comportamentais e psicológicos da Demência (BPSD) eram um preditor de sobrecarga, de *distress* psicológico e depressão nestes cuidadores. Gómez-Ramos e González-Valverde (2004) encontraram resultados semelhantes.

Perlick e colaboradores (2001) estabeleceram uma relação entre a sobrecarga percebida pelos familiares e as recaídas nos seus membros com Perturbação Bipolar. Foi avaliado o risco de recaída com base nos valores de sobrecarga na *baseline* e após 7 meses, numa amostra com 264 pacientes. Verificaram que índices elevados de *burden* na família e um episódio depressivo *minor* no paciente aumentavam significativamente o risco para um episódio depressivo *major* no paciente aos 7 meses. Para além disso, *burden* elevado aos 7 meses aumentava significativamente o risco para um episódio *major* aos 15 meses em pacientes com índices de perturbação psicopatológico relativamente baixos aos 7 meses. Os autores salientam que a sobrecarga sentida pelos cuidadores nos momentos das recaídas e durante os períodos de estabilização dos sintomas dos pacientes são sérios indicadores da necessidade de maior suporte aos cuidadores. Posteriormente a mesma autora, numa amostra de 101 díades cuidador-paciente Bipolar/Esquizaafectivo, procurou avaliar efeitos directos/indirectos do *burden* familiar e da resposta afectiva na adesão à medicação. Verificou que na *baseline* o *burden* estava relacionado com o sobre-envolvimento emocional, que o sobre-envolvimento emocional na *baseline* estava relacionado com a adesão à medicação aos 7 meses e que a adesão à medicação aos 7 meses estava relacionada com a resolução clínica aos 15 meses. Os autores concluem que quando os cuidadores destes pacientes experienciam uma sobrecarga elevada a resolução clínica do paciente é afectada. Esta relação é mediada pela resposta emocional da família e pela adesão à medicação (Perlick et al., 2004). Chessick e colaboradores (2007) acrescentam que a existência de pelo menos uma tentativa de suicídio no paciente Bipolar aumenta a sobrecarga nos cuidadores. Koukia e Madianos (2005) analisaram as dimensões da sobrecarga percebida por cuidadores de pacientes com Esquizofrenia. Conseguiram determinar como preditores da sobrecarga a adesão à medicação do paciente, o funcionamento psicossocial do paciente, a participação do paciente num programa de reabilitação, o subtipo da doença e o número de horas dispendidas em cuidados com o paciente. Por outro lado, Perlick e colaboradores (2006) verificaram que a 38% da variância observada na sobrecarga poderia ser explicada pela incapacidade do paciente em se ajudar, 34% pelos problemas comportamentais e pelas exigências em termos de recursos e disrupção da rotina e 21% pela redução das actividades do dia-a-dia. Reinares e colaboradores (2006) também identificaram factores objectivos de sobrecarga em cuidadores de pacientes Bipolares. Assim, 25% da variância observada foi atribuída a um funcionamento social e ocupacional limitado, a ocorrência de um episódio nos 2 anos anteriores, história de ciclos rápidos e ter a responsabilidade do controlo da medicação. Perlick e colaboradores (2007), numa amostra de 500 cuidadores de pacientes com

perturbação Bipolar, verificaram uma prevalência elevada de cuidadores sobrecarregados de forma moderada/ elevada com os problemas comportamentais do paciente (89%), disfunção do papel (56%) e disrupção da rotina (61%). Para além disso, os cuidadores com resultados de *burden* mais elevado apresentavam mais problemas de saúde física, sintomas depressivos, mais comportamentos de doença, maior uso de serviços de saúde, menor suporte social e providenciavam maior suporte financeiro ao paciente.

Thommessen e colaboradores (2001) procuraram preditores de sobrecarga nos cuidadores, com base nas características dos pacientes de enfarte de miocárdio, na *baseline*. As fontes mais significativas de *stress* identificadas foram: preocupação acerca da possibilidade da ocorrência de um acidente com o paciente, que tivessem de reorganizar as rotinas do dia-a-dia e que tivessem de reduzir o tempo de lazer/férias. No entanto, o único factor predictor de sobrecarga foi a função cognitiva diminuída do paciente. McCullagh e colaboradores (2005) analisaram prospectivamente o impacto do enfarte do miocárdio em cuidadores destes pacientes. Durante um ano, 232 cuidadores foram avaliados em dois momentos: 3 meses e 1 ano após o enfarte. Os autores verificaram que os factores preditores de sobrecarga aos 3 meses são: estado emocional do paciente e do cuidador, idade e género do cuidador e participação do cuidador num programa de treino de competências. A dependência do paciente e o suporte familiar são factores adicionais de predição a 1 ano. Chubinski (2008) estudou a mesma população e verificou que a sobrecarga (dificuldade da tarefa), os sintomas depressivos e a idade do cuidador eram preditores da saúde emocional do cuidador, sendo que a ansiedade e o *burden* (tempo da tarefa) explicavam 23% da variância na saúde emocional.

Marsh e colaboradores (2002) avaliaram 52 cuidadores de pacientes com TCE em dois momentos (6 meses e 1 ano após a lesão) em termos de sobrecarga objectiva e subjectiva. Verificaram que 6 meses após a lesão 1/3 dos cuidadores apresentavam níveis clinicamente significativos de depressão e ansiedade e baixo ajustamento social. Um ano após a lesão a prevalência de depressão e ansiedade manteve-se constante enquanto apenas 1/4 dos cuidadores apresentavam baixo ajustamento social. Deste modo, enquanto as medidas de sobrecarga objectiva se mantêm estáveis, alguns aspectos da sobrecarga subjectiva vão diminuindo. Apesar disso, os problemas comportamentais e cognitivos do paciente contribuem numa escala maior para o *distress* sentido pelos cuidadores. Sendo que o isolamento social do paciente surge como o factor mais estável e consistente na experiência de sobrecarga subjectiva durante o primeiro ano após a lesão. Jacobi e colaboradores (2003) concluíram igualmente que os parâmetros objectivos e subjectivos de

saúde do cuidador e do paciente são relevantes na predição de *burden* subjectivo. Stancin e colaboradores (2008) acompanharam cuidadores de crianças com TCE e encontraram resultados diferentes. Assim, para além de verificarem maiores índices de sobrecarga e *distress* nos cuidadores também encontraram níveis clínicos de depressão e *distress* nos irmãos dos pacientes. Para além disso, estes indicadores estavam associados à gravidade do traumatismo.

Belasco e Sesso (2002) estudaram os cuidadores de pacientes que estavam a realizar hemodiálise há pelo menos 4 meses. Numa amostra com 100 cuidadores, conseguiram identificar os preditores objectivos de sobrecarga. A saúde mental do cuidador, a vitalidade do paciente, ser esposa do paciente e a dor do cuidador, foram apurados como factores independentes e significativos. Miyamoto e colaboradores (2002) procuraram determinar preditores de sobrecarga objectivos em cuidadores de pacientes com Demência. Verificaram que os cuidadores de pacientes com mobilidade apresentavam maior sobrecarga. Os factores identificados estavam relacionados com perturbações comportamentais tais como agressões, vaguear ou repetições. Estas conclusões foram posteriormente partilhadas (Hazif-Thomas, Bouché, Clément, & Thomas, 2003; Rinaldi, et al., 2005; Torti Jr, Gwyther, Reed, Friedman, & Schulman, 2004). Papastravou e colaboradores (2007) na mesma população verificaram que 68,02% dos participantes apresentavam sobrecarga elevada e 65% apresentava níveis clinicamente significativos de depressão. A sobrecarga estava associada à psicopatologia e sexo do paciente e ao rendimento económico e nível de escolaridade do cuidador.

Andrieu e colaboradores (2003) estudaram os factores objectivos relacionados com a sobrecarga uma amostra de 513 cuidadores de pacientes com Alzheimer. Verificaram que o *burden* estava relacionado directamente com os comportamentos disruptivos e o impedimento cognitivo do paciente. No entanto, nem a duração da doença nem a disfunção nas actividades do dia-a-dia estavam relacionadas com a sobrecarga. Bruce e colaboradores (2008) encontraram resultados contraditórios em cuidadores de pacientes com impedimentos cognitivos moderados. Nestes cuidadores a sobrecarga estava associada a um maior curso de tempo de problemas cognitivos e a maior depressão nos pacientes. Apesar de que os problemas comportamentais, de humor e de memória também contribuíam para o *burden*. Bédard e colaboradores (2005) analisaram os factores relacionados com a sobrecarga em cuidadoras de doentes de Alzheimer. Verificaram que 46% da variância era explicada pelos problemas de comportamento e pela dependência instrumental das actividades do dia-a-dia, sendo que as cuidadoras que cuidavam de homens apresentavam 5,61 pontos na escala de *burden* a mais que os outros cuidadores. Os problemas tidos como mais problemáticos pelas cuidadoras estavam relacionados com problemas específicos

(por ex: lidar com o comportamento agressivo). Ohaeri (2003) realizou uma revisão dos estudos que procuraram prever a sobrecarga em cuidadores de pacientes com desordens do foro mental. Verificou que os preditores mais importantes eram o comportamento problemático, a deficiência/impedimento físico e psicológico e a gravidade dos sintomas. Pinquart e Sorensen (2003) numa meta análise de 228 estudos verificaram que os problemas comportamentais dos pacientes apresentavam associações mais fortes com o *burden* dos cuidadores que os restantes *stressores*.

Jungbauer e colaboradores (2002) em entrevistas aprofundadas a cuidadores de pacientes com Esquizofrenia, verificou que estes tendem a minimizar os efeitos da sobrecarga financeira. Estes cuidadores, geralmente pais de pacientes mais jovens ou esposas com baixos rendimentos, tendem a identificar os episódios agudos e a desesperança em relação ao futuro como maiores fontes de sobrecarga. Grunfeld e colaboradores (2004) acompanharam prospectivamente 89 cuidadores de doentes oncológicos terminais. Verificaram que o *burden* era o factor preditivo mais importante da depressão e ansiedade e que a compra de medicamentos era o componente mais relevante da sobrecarga financeira. Greenberg e Birnbaum (2005) sublinham que a sobrecarga financeira associada à depressão tem sido vastamente subestimada. As mesmas conclusões têm sido partilhadas por outros autores em diferentes populações, sublinhando a importância da sobrecarga financeira como uma dimensão única e intercorrelacionada com medidas psicológicas sem, no entanto, serem redundantes (Signe Andrén & Elmståhl, 2007; Gupta et al., 2005; Wilson et al., 2005; Wolff, et al., 2006; Young et al., 2005).

O efeito negativo da sobrecarga na saúde mental dos familiares geralmente é avaliado por meio de medidas de ansiedade e depressão, mas também já foi observado com medidas mais globais de bem-estar psicológico (Bandeira & Barroso, 2005). No estudo de Rammohan e colaboradores (2002), um nível mais baixo de bem-estar psicológico dos familiares foi significativamente correlacionado com níveis elevados de sobrecarga. No estudo de Martens e Addington (2001), com 41 familiares de pacientes esquizofrénicos, o impacto no bem-estar psicológico foi relacionado a aspectos diferenciados da experiência de cuidar do paciente, tais com o estigma associado à doença mental, os comportamentos inadequados do paciente, os problemas no convívio familiar, a dependência do paciente e o sentimento de perda por parte do familiar cuidador. O desconforto emocional (*distress*) foi maior em familiares de pacientes que vivenciavam o seu primeiro episódio da doença. Num estudo desenvolvido por Edwards e Scheetz (2002) com cuidadores de pacientes de Parkinson verificaram que as actividades do dia-a-dia, a percepção do

suporte social, o bem-estar e a satisfação marital eram preditores de sobrecarga. Sendo que as actividades do dia-a-dia e a percepção do suporte social explicavam 44,3% da variância. Shrag e colaboradores (2006) chegaram a conclusões semelhantes. Essex e Hong (2005) estudaram como a divisão de tarefas estava relacionada com a satisfação marital e a sobrecarga em cuidadores de adultos com deficiência mental. Os autores verificaram que a divisão de tarefas estava associada a maior satisfação marital nas mães, sendo que funcionava como *buffer* da sobrecarga. Os problemas de comportamento dos filhos previa a sobrecarga nos pais apenas quando estes estavam satisfeitos com a divisão de tarefas. Chappell e colaboradores (2002) chegaram a uma conclusão ligeiramente diferente. Num estudo com cuidadores de pacientes com Demência e outras patologias, foram distinguidos os conceitos de *burden* e bem-estar. Assim, foi elaborado um modelo no qual o bem-estar foi directamente afectado pela percepção de suporte social, pela sobrecarga, auto-estima e horas dispendidas nos cuidados informais, enquanto o *burden* foi afectado pelos problemas comportamentais, pela frequência dos períodos de descanso, pela auto-estima e pelas horas dispendidas nos cuidados. Deste modo, os autores concluem que o facto de a percepção do suporte social estar fortemente relacionada com o bem-estar mas não relacionada com o *burden*, é um indicador da distinção dos dois conceitos. McClendon e Smyth (2002) chegaram a conclusões semelhantes.

Artaso e colaboradores (2003) verificaram que 79% dos cuidadores de doentes com Demência sofriam de sobrecarga intensa. Os autores determinaram que o *burden* era determinado por uma maior frequência de sintomas neuropsiquiátricos, menor suporte social e o uso de estratégias de *coping* de evitamento (explicando 41% da variância). Davis e Tremont (2007), após controlarem a gravidade da doença e a depressão do cuidador, verificaram que os problemas comportamentais eram preditores de sobrecarga. De seguida, após analisarem as subescalas, concluíram que a disfunção executiva e a desinibição eram os preditores específicos da sobrecarga.

Goldstein e colaboradores (2004) estudaram cuidadores de doentes oncológicos terminais. Numa amostra com 206 cuidadores verificaram que aqueles que apresentavam maior sobrecarga também possuíam redes sociais mais limitadas, mais restrições das actividades do dia-a-dia e eram mais novos. Os autores concluem que as variações existentes entre os valores de sobrecarga se devem às experiências subjectivas e ao suporte social e não tanto à quantidade de assistência providenciada. Magliano e colaboradores (2004) estudaram cuidadores de diversas patologias físicas crónicas. Numa amostra de 646 cuidadores, desenvolvido em 30 regiões diferentes da Itália, verificaram que os constrangimentos relatados mais frequentemente estavam relacionados com o

sentimento de perda e alterações nas actividades sociais e recreativas. A sobrecarga era mais evidente em cuidadores com menor suporte social e de pacientes com maiores dificuldades físicas e com doenças neurológicas. Post e colaboradores (2005), numa amostra com 265 diádes cuidador-doente com lesão da coluna vertebral, verificaram que os preditores de sobrecarga eram a quantidade de apoio às actividades do dia-a-dia, os problemas psicológicos do paciente, a sua idade, género, o grau de impedimento físico e o tempo decorrido da lesão.

Andrén e Elmståhl (2008) verificaram existir diferenças nos cuidadores de pacientes com Demência, em termos dos factores associados à sobrecarga. Assim, os cuidadores que experienciavam uma sobrecarga moderada, também exibiam maior isolamento, sentimentos de desapontamento e envolvimento emocional com a percepção da saúde, enquanto os cuidadores com baixa sobrecarga exibiam níveis significativamente melhores de saúde percebida. Aliás a percepção de saúde tem sido relacionada negativamente com a sobrecarga por diversos autores noutras populações (por ex: Signe Andrén & Elmståhl, 2007; La Parra, 2001; Yeh, Johnson, & Wang, 2002).

Com base na revisão bibliográfica realizada, podemos encontrar algumas diferenças entre os autores. Estas diferenças estão relacionadas com as especificidades das doenças mas também com os factores estudados. Parece evidente que, de uma forma ou de outra, todas as patologias provocam uma alteração no funcionamento da família e especificamente no membro “escolhido” para realizar os cuidados.

2.4. Variáveis Fisiológicas nos Estudos com Cuidadores

2.4.1. Batimentos Cardíacos

O modelo sociopsicofisiológico da resposta do *stress* postula que, com o passar do tempo, os recursos dos indivíduos são excedidos pelos diferentes *stressores*. Nesses casos, as pessoas terão uma sensação de *stress* que se manifestará fisiologicamente. Um desses sintomas fisiológicos será o da elevação da pressão arterial que, uma vez mantida, resultará em hipertensão (Livingston, 1994). No caso dos cuidadores, poderemos considerar como *stressores* a prestação de cuidados à pessoa doente, comportamentos exercidos pelo doente ou o *distress* do cuidador (Doshi, Zuckerman, Picot, Jr, & Hill-Westmoreland, 2003).

Diversos investigadores têm registado valores de pressão arterial superiores em cuidadores

do que em não-cuidadores em laboratório (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1992; Vitaliano, Russo, Bailey, Young, & McCann, 1993) e em ambientes naturalísticos (King, Oka, & Young, 1994; Patterson & Grant, 2003).

A tarefa de cuidar de um parente mais velho com Demência é um *stressor* crónico com implicações de saúde mental, mas com implicações ainda obscuras em termos de saúde físicas. Knight e McCallum (1998) compararam 110 cuidadores brancos e 44 afro-americanos em termos da reactividade induzida de *stress* cardiovascular, depressão, ansiedade e de duas medidas de avaliação positiva da tensão: uma escala de distorção motivacional do teste 16PF e uma medida de reavaliação positiva. Os cuidadores afro-americanos usaram a reavaliação positiva mais que os brancos. Os sujeitos mostraram reactividade cardíaca significativa em tarefas de aritmética e no contacto com uma história de cuidados. Não foi encontrada qualquer evidência para influência da distorção motivacional na reactividade cardíaca. Foram relacionadas positivamente a reavaliação positiva com a depressão e a reactividade cardíaca em cuidadores brancos, em ambas as situações de *stress*. Contudo, ambas foram inversamente relacionadas à reactividade cardíaca para afro-americanos na variável da história de cuidados. Assim, os investigadores concluem que parecem existir diferenças culturais entre cuidadores que afectam as reacções emocionais e físicas nas situações de *stress*.

Shaw e colaboradores (1999) propuseram-se a estudar se o *stress* associado ao cuidar de um familiar com Alzheimer aumentava a probabilidade de exceder a pressão arterial, em cuidadores hipertensivos. Através de medições longitudinais em casa, foram avaliados 144 cônjuges de pacientes de Alzheimer e um grupo-controlo de 47 sujeitos. No início do estudo, 33% dos cuidadores e 30% dos controlos estavam a receber tratamento hipertensivo. A pressão arterial sistólica e diastólica foi colhida em períodos de 6 meses durante 2 a 6 anos de modo a se poder determinar se existia maior risco, nos cuidadores do que nos controlos, em termos do desenvolvimento de hipertensão (SBP>140mmHg e DBP>90mmHg). Para além disso, pretendia-se determinar se os riscos acrescidos estavam relacionados com variáveis de origem ou relacionadas com as exigências dos cuidados. Os resultados indicaram que o risco para se atingir valores de hipertensão *borderline* eram superiores nos cuidadores que nos controlos e esta diferença mantinha-se estatisticamente significativa após se controlarem a idade, sexo, educação, estatuto socioeconómico, índice de massa corporal e o uso de anti-hipertensivos. O risco de hipertensão nos cuidadores não estava relacionado com a assistência diária providenciada, com os comportamentos problemáticos do paciente nem com o *distress* do cuidador, daí que os investigadores afirmem que cuidar de um

familiar com Alzheimer poderá ter consequências negativas na pressão arterial do cuidador, desconhecendo o mecanismo explicativo deste facto.

Grant e colaboradores (2002) procuraram determinar até que ponto o *stress* crónico associado a cuidar de doentes com Alzheimer era atenuado quando o paciente era colocado numa instituição especializada ou falecia. Para tal, constituíram quatro grupos experimentais, cuidadores que ainda mantinham os cuidados em casa (38 cônjuges), cuidadores que haviam colocado os cônjuges num lar (28 cônjuges), cuidadores cujos cônjuges haviam falecido mas com características sócio-demográficas semelhantes aos restantes (27 cônjuges cujo paciente faleceu em casa e 26 cujo paciente faleceu numa instituição) e um grupo-controlo constituído por não-cuidadores (48 sujeitos). Os participantes foram avaliados em termos de humor, pressão arterial e sintomatologia médica. Os resultados revelam que os cuidadores cujos familiares estavam colocados numa instituição, que faleceram na instituição e que faleceram em casa, apresentavam melhorias, em termos da depressão e sintomatologia médica, em relação aos cuidadores que cuidavam do paciente em casa e dos não-cuidadores. Todos os cuidadores (119 sujeitos) apresentavam uma pressão arterial sistólica superior aos não-cuidadores (48 sujeitos). Os investigadores concluem que, apesar da melhoria observada em alguns cuidadores poderão existir alterações fisiológicas a longo prazo. Este facto possivelmente dever-se-á à estimulação do sistema SAM, levando a que o sistema cardiovascular continue a responder a *stressores* agudos durante um período de 6 a 12 meses depois de tais transições.

Vitaliano e colaboradores (2002) propuseram um modelo no qual relacionam um *stressor* crónico, índices psicofisiológicos e doença coronária. Para tal, recolheram dados referentes a 47 homens adultos, 64 mulheres adultas que não utilizavam terapia hormonal de substituição e 41 mulheres adultas que utilizavam terapia hormonal de substituição. Os investigadores examinaram a relação entre a doença coronária e *stress* crónico (cuidar de um cônjuge com Alzheimer), vulnerabilidade (ira e hostilidade), recursos sociais (suporte), *distress* psicológico (*burden*, problemas de sono, humor negativo), hábitos de saúde desadequados (dieta rica em lípidos e calorias e pouca prática de exercício físico) e síndrome metabólica (pressão arterial, obesidade, insulina, glucose e lípidos elevados). Os resultados indicaram que os cuidadores homens tinham maior prevalência de doença coronária que os não-cuidadores, 27 a 30 meses após o início do estudo. Este resultado poderia ser explicado por uma ligação entre a função de cuidar e o *distress*, entre o *distress* e a síndrome metabólica, e entre a síndrome metabólica e a doença coronária. Nos homens, os hábitos de saúde desadequados, previam a síndrome metabólica entre 15 a 18 meses

depois, o que por seu turno, previa o desenvolvimento de novos casos de doença coronária entre 27 a 30 meses depois. Nas mulheres, não foi observada a relação cuidador-doença coronária, contudo 15 a 18 meses após o início do estudo as mulheres que não utilizavam terapia hormonal demonstravam uma relação *distress*-síndrome metabólica e síndrome metabólica-doença coronária. Nas mulheres que faziam terapia hormonal de substituição, só se observou uma relação entre hábitos de saúde desadequados e síndrome metabólica.

Grant e colaboradores (2003) relataram que o excesso de mortalidade e morbidade verificada, entre os cuidadores de doentes de Alzheimer, poderia estar relacionada com a activação crónica do sistema SAM. Os investigadores testaram a eficácia de uma intervenção baseada em repouso domiciliário, destinada a reduzir os marcadores periféricos do SAM, bem como do *distress* psicológico, em cônjuges de doentes de Alzheimer. A amostra foi dividida por grupos dependendo da classificação “vulnerável” (n=27) ou “não-vulnerável” (n=28). Foram analisados os níveis plasmáticos de catecolaminas, antes e 1 mês depois da intervenção de 2 semanas tendo igualmente sido recolhidos dados referentes à depressão e ansiedade. Os resultados revelaram um decréscimo acentuado da epinefrina plasmática nos cuidadores “vulneráveis” que haviam sido alvo da intervenção mas uma subida naqueles que haviam ficado em lista de espera. Não foram encontrados resultados significativos nos níveis de norepinefrina, batimentos cardíacos, pressão arterial ou sintomas psicológicos. Os investigadores concluem que uma intervenção deste tipo pode reduzir o sistema SAM, independentemente dos sintomas psicológicos, daí que possa reduzir a mortalidade e morbidade em alguns cuidadores.

Shaw e colaboradores (2003) procuraram verificar a interacção entre o efeito do *stress* crónico, a expressividade emocional e a pressão arterial. Foi avaliado a pressão arterial, semestralmente durante 7 anos, numa amostra de 111 cônjuges cuidadores de doentes de Alzheimer. Foram igualmente avaliados as exigências dos cuidados, a expressividade emocional, a desejabilidade social e a hostilidade. Os resultados indicaram uma maior prevalência de hostilidade entre os cuidadores mais recentes e naqueles que tinham de lidar com mais comportamentos demenciais e dificuldades na realização das actividades diárias. No entanto, estes resultados não estavam relacionados com mudanças na pressão arterial. A pressão arterial estava associada a maiores problemas conjugais e a uma menor expressividade emocional. Os investigadores concluem que tanto o *stress* dos cuidadores como uma baixa expressividade emocional poderão contribuir independentemente como risco para a hipertensão, nos indivíduos mais velhos.

Wilcox e colaboradores (2005) procuraram verificar se existiam diferenças psicossociais e

psicofisiológicas em cuidadores de diferentes raças. Os participantes preencheram questionários de papel e lápis e de seguida foram expostos a uma situação experimental laboratorial que incluía um período de descanso, um desafio interpessoal e um período de recuperação. Foram seleccionadas 16 mulheres brancas e 12 mulheres afro-americanas pós-menopausa que cuidavam de um familiar com Demência. As medidas de funcionamento psicossociais incluíam *stress* percebido, *burden*, suporte social e significado da tarefa de cuidar. A avaliação psicofisiológica consistiu na recolha da pressão arterial e da medição dos batimentos cardíacos a cada 2 minutos durante o descanso, o desafio e a recuperação; foi igualmente recolhida uma amostra de cortisol salivar em descanso e 15 minutos após o desafio. Os resultados indicaram uma maior reactividade cardíaca nas mulheres afro-americanas bem como uma maior variação dos níveis de cortisol salivar. As mulheres afro-americanas relataram igualmente tirarem um maior significado da tarefa de cuidar que as mulheres brancas. Os investigadores concluem que as diferenças observadas são consistentes com a literatura, na qual as mulheres brancas tendem a perceber o cuidado como mais cansativo e as afro-americanas como mais incontrolável.

Deste modo, existem evidências de que a função de cuidar de um familiar com uma doença crónica, pode levar a complicações cardiovasculares. Alguns investigadores seguem uma via paralela de pesquisa, procurando factores sanguíneos responsáveis pela morbilidade cardíaca entre os cuidadores informais. Von Kanel e colaboradores (2003) avançam com uma hipótese para explicar o elevado número de cuidadores com doença coronária. Assim, este facto dever-se-á ao estado de hipercoagulação sanguínea como resultado da resposta fisiológica ao *stressor* crónico. De modo a testar essa possibilidade, foram analisadas 3 medidas de pró-coagulantes (complexo trombo-trombomodulina III, fibrinogénio e factor de von Willebrand) em 54 cônjuges de Alzheimer (média de idades igual a 73 anos). Os participantes responderam igualmente a uma entrevista semi-estruturada de modo a se poder avaliar o *stress* não-relacionado com a função de cuidador, relativa às 4 semanas anteriores à colheita sanguínea. Os resultados revelaram uma ligação directa entre o número de eventos de vida negativos e os níveis plasmáticos de fibrinogénio. Em conjunto, o índice de massa corporal, a hipertensão, sexo e depressão explicavam 23% da variância dos níveis de fibrinogénio.

Mausbach e colaboradores (2005) verificaram uma associação entre a sintomatologia depressiva e a elevação dos níveis plasmáticos basais da norepinefrina em cônjuges de Alzheimer. Os participantes, 50 cuidadores com média de idades de 73 anos (+/- 8 anos), preencheram a subescala da depressão do BSI. Adicionalmente, foram colhidas duas amostras de sangue; uma

antes e outra depois de discursarem. Os resultados indicaram que o índice de depressão predizia a resposta da norepinefrina após o *stressor*, mesmo depois de controladas a idade, *distress*, hipertensão e a capacidade cognitiva do paciente. Os resultados também mostraram que índices mais elevados de depressão estavam associados a uma maior resposta da norepinefrina plasmática a um *stressor* psicológico. Os investigadores concluem que os sintomas depressivos podem exagerar a resposta adrenérgica às exigências da função de cuidar, possivelmente levando a uma carga alostática que poderá predispor os cuidadores a consequências de saúde negativas, incluindo a morbilidade cardiovascular. Mills e colaboradores (1997) haviam já encontrado resultados semelhantes, o que parece fortalecer esta relação.

2.4.2. Cortisol Salivar

A produção e segregação do cortisol aumenta em quantidades crescentes durante e após a exposição a alguns *stressores*. Esta libertação ocorre como parte integrante da activação do eixo HPA, que desencadeia a libertação da hormona libertadora de corticotropina (CRH), no hipotálamo. A CRH estimula a hipófise anterior a produzir ACTH que, por seu turno, elicia a libertação de corticoesteróides (CO) pelo córtex adrenérgico. Durante os momentos de *stress*, esta produção é aumentada e quantidades maiores de glucocorticóides (principalmente) são libertados em rajadas. Assim, pensa-se que o córtex adrenérgico poderá funcionar em modo ligado/desligado; entre rajadas de CO, o córtex está refractário, permitindo a recuperação da glândula (Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007).

Tal como no caso das catecolaminas, uma pequena porção de cortisol é segregada, de forma livre, na urina e pode ser medida por radioimunoensaio. A maior parte do produto excretório é sob a forma de metabolitos, sendo metabolizado no fígado e excretado como tetrahydrocortisol (17-OHCS). Estes compostos foram a base das primeiras medições do cortisol urinário e constituem cerca de metade da secreção total de cortisol.

A libertação de cortisol apresenta um ritmo diurno bem definido. Apesar de dependente do ACTH, a libertação tem o pico aproximadamente às 8 da manhã e o ponto mais baixo por volta da meia-noite. Contudo, devido à sua libertação em rajadas, uma medição durante um período de 24 horas pode revelar 15 ou mais rajadas de cortisol, sendo as principais no início da manhã. Este padrão poderá estar associado com os horários de alimentação, já que as funções essenciais do cortisol incluem a manutenção da produção de glucose, bem como a facilitação do metabolismo lipídico. Outras funções incluem acções anti-inflamatórias e regulação imunológica, renal e

muscular. Também parece interagir com outras hormonas (por ex: glucagon) e com a excitação do Sistema Nervoso Simpático (SNS) através da síntese de Epinefrina (E) (Cohen, Kessler, & Gordon, 1997).

No entanto, o ritmo circadiano pode ser perturbado por influências psicossociais, tais como baixo estatuto socioeconómico (Steptoe, et al., 2003), ambiente familiar e/ou de trabalho *stressante* (Adam & Gunnar, 2001) ou *stress* crónico (McEwen, 1998). A desregulação do cortisol também tem sido proposta como possível contribuinte para a morbilidade, severidade e mortalidade do processo de doença (McEwen, 1998). Inclusive, um estudo-piloto avança com a conclusão de que esta desregulação está associada à progressão do cancro da mama (Sephato, Sapolsky, Kraemer, & Spiegel, 2000).

A caracterização do ritmo circadiano nos humanos pode ser feita através da determinação do nível geral do cortisol circulante durante o dia (vigília), da amplitude do aumento ao acordar ou do declive (*slope*) da diminuição durante o dia (Polk, et al., 2005). No entanto, encontram-se diferenças significativas entre os sexos, sendo que as mulheres apresentam um acréscimo progressivo dos valores médios matinais com a idade, mantendo-se mais elevados após o despertar (Van Cauter, Leproult, & Kupfer, 1996; Wust, et al., 2000). Para além disso, o uso de contraceptivos orais e da terapêutica de substituição hormonal tendem a minimizar o efeito da subida matinal dos níveis de cortisol, mantendo-os nivelados ao longo do dia (Kirschbaum, Pirke, & Hellhammer, 1995). A fase do ciclo menstrual também parece influenciar os valores de cortisol, sendo que na situação de *stress* induzido as mulheres, na fase luteínica, apresentam valores similares aos dos homens, que por sua vez são superiores ao das mulheres na fase folicular que por sua vez é superior ao das mulheres a tomar contraceptivos. Nas recolhas de cortisol durante 24 horas o padrão é similar, sendo que os valores de cortisol são superiores nas mulheres na fase luteínica, seguidas dos homens, mulheres na fase folicular e mulheres a tomar contraceptivos (Kirschbaum, Kudielka, Gaab, Schommer, & Hellhammer, 1999).

Num desenvolvimento relativamente recente no estudo do cortisol e na integração da investigação acerca da actividade do eixo HPA, durante o *stress*, começou-se a utilizar o cortisol salivar. As vantagens são claras: as amostras de saliva podem ser obtidas sem procedimentos *stressantes* ou invasivos, não necessitando de pessoal médico para a sua colheita. Esta técnica oferece uma avaliação mais precisa e definida em termos de tempo que, por exemplo a colheita de urina. Assim, esta técnica dá a possibilidade aos investigadores de estudarem esta hormona de

stress, sem os problemas da reactividade, constrangimentos práticos ou éticos inerentes aos métodos de colheita de sangue e urina (Kirschbaum & Hellhammer, 1989).

Uma das consequências habituais da resposta de *stress* é a redução do fluxo salivar, o que poderia provocar uma alteração das concentrações das substâncias presentes. Contudo, o cortisol possui pequenas dimensões e é altamente lipossolúvel, podendo difundir-se através das membranas celulares até à saliva. Consequentemente, o fluxo salivar tem pouca ou nenhuma influência sobre os níveis médios do cortisol (Kirschbaum & Hellhammer, 1989; Vining & McGinley, 1984).

Adicionalmente, as correlações entre as medidas de cortisol salivar e plasmático, sugerem que são reflexos precisos uma da outra, frequentemente igualando ou excedendo .9, isto é, 80% da variância total partilhada (Kirschbaum & Hellhammer, 1989).

Tem sido demonstrado que o cortisol salivar aumenta com a exposição a *stressores* físicos e psicológicos (Bassett, Marshall, & Spilane, 1987; Stahl & Dorner, 1982). Foi observado um aumento no cortisol salivar, em sujeitos a quem foi pedido para discursarem durante 15 minutos, perante uma audiência. Uma vez que a colheita de saliva não é tão reactiva quanto a plasmática, Lehnert e colaboradores (1989) conseguiram colher amostras pré-discurso e encontrou níveis de cortisol mais elevados depois do período de preparação e antes do discurso propriamente dito. Deste modo, estas conclusões relevam a utilidade de uma medida menos reactiva (salivar) versus uma mais reactiva (plasmático).

Um dos principais efeitos do cortisol é o de estimular a gluconeogenese, levando à produção de glicogénio a partir de fontes não-carbohidatadas, tais como amino e lipo ácidos, no fígado. Adicionalmente, o cortisol promove a elevação da glucose no sangue através da sua acção junto de outras hormonas, como por exemplo a epinefrina, o glucagon e a hormona de crescimento somatotrópica. Daí que se considere que o cortisol tem uma acção permissiva sobre as outras hormonas. Contudo, também tem efeito sobre o metabolismo proteico; aumenta a síntese de proteínas e RNA no fígado, levando ao aumento de aminoácidos em circulação (Shelby & Kathryn, 2001).

O cortisol também actua sobre o sistema imunitário. Assim, altas concentrações causam imunossupressão, através da interrupção da síntese proteica, incluindo a síntese de imunoglobulina. A acção estende-se à alteração das populações plasmáticas periféricas de eosófilos, linfócitos e macrófagos (Sapolsky, Romero, & Munk, 2000).

Altas doses de cortisol levam à atrofia do tecido linfóide do timo, baço e nódulos da linfa (Sapolsky, et al., 2000), bem como ao aumento da apoptose dos linfócitos (Fukuzuka, 2000; Hoffman-Goetz & Zajchowski, 1999).

O cortisol influencia directamente a resposta imune aos anticorpos. Fisiologicamente, altas concentrações de glucocorticóides diminuem a produção de citocinas, inibindo a actividade das células TH1 e TH2, levando à supressão de todas as respostas imunes mediadas pelas células T (Rabin, 1999).

No tracto gastrointestinal, o cortisol promove a secreção gástrica. Este efeito é oposto ao da noraepinefrina, que a reduz. O cortisol em excesso pode estimular a secreção gástrica de forma a provocar a ulceração da mucosa gástrica (Shelby & Kathryn, 2001).

O cortisol exerce efeitos inibitórios sobre a libertação da hormona luteinizante, estradiol e testosterona (Chrousos & Gold, 1999). Os efeitos inibitórios estendem-se a tecidos-alvo nas gónadas, habitualmente resistentes à acção destas hormonas, provocando hipogonadismo (Shelby & Kathryn, 2001).

Contudo, o cortisol também tem efeitos positivos sobre a saúde. Durante as situações de *stress*, baixas concentrações de cortisol asseguram uma fonte adequada de glucose aos tecidos e músculos, em particular às células nervosas. Para além disso, alterações de curta duração na função imune (padrões de distribuição celular) também poderão ser adaptativas pois, a diminuição das concentrações plasmáticas de populações periféricas de eosófilos, linfócitos e macrófagos, potencia a sua deslocação para os locais da inflamação/lesão. Para além disso, a diminuição da actividade celular imunológica pode prevenir danos nos tecidos provocados pela longa exposição a determinadas citocinas (Shelby & Kathryn, 2001).

Assim, o efeito adaptativo ou destrutivo do cortisol pode depender da intensidade, tipo e duração do *stressor* bem como da subsequente concentração e duração da exposição do cortisol às células-alvo (Shelby & Kathryn, 2001).

O *distress* psicossocial também pode ser preditor de situações de saúde física e mental. No *distress* psicológico, o indivíduo perante os acontecimentos de vida, sente um estado geral de activação negativa, manifestando-se em mudanças fisiológicas, emocionais, cognitivas e comportamentais. Muitas vezes, períodos de depressão estão associados a acontecimentos de vida adversos, colocando o indivíduo em défice imunológico, aumentando o seu risco de desenvolver doença (Rozlov, 1999).

Uma meta-análise de estudos que avaliavam a depressão e a imunidade, revelou uma relação entre a depressão e a redução da proliferação de linfócitos e da actividade das células NK (*natural killers*) (Irwin, 1999).

Glaser (1992) analisou estudantes de medicina que tinham sido inoculados com a vacina da hepatite B, no terceiro dia de um período de exames. Foi avaliado o tempo de seroconversão e o nível de concentração de anticorpos. Os resultados mostraram que os estudantes com o tempo de seroconversão mais rápido e maiores níveis de concentração de anticorpos eram aqueles que relataram ter menos *stress* e maior suporte social.

Deste modo, actualmente conceptualiza-se a influência do *stress* no desenvolvimento de doença, através do excesso de produção de hormonas em circulação. Estas hormonas de *stress* têm sido implicadas na patogénese da doença cardíaca (Matthews, 1986) e doenças envolvendo o sistema imunológico, incluindo cancro, doenças infecciosas e doenças auto-imunes (Cohen & Williamson, 1991; Rabin, Cohen, Ganguli, Lysle, & Cunnick, 1989).

Von Kanel e colaboradores (2003) encontraram indícios no seu estudo que *stressores* sérios podem causar uma coagulação sanguínea excessiva nos cuidadores de doentes de Alzheimer. Esta hipersensibilidade a factores que activam a coagulação, pode desempenhar um papel crucial na obstrução das artérias coronárias, logo aumentar o risco de acidentes cardiovasculares.

Uma outra via através da qual o *stress* pode desenvolver doença, será através de uma prática insuficiente de comportamentos de saúde ou da prática de comportamentos de doença. Determinadas pessoas que se percebem como estando sob *stress*, poderão fumar mais, beber mais álcool, dormir menos, fazer menos exercício e ter pior alimentação (Cohen & Williamson, 1991; Conway, 1981). Sendo que todos estes comportamentos estão correlacionados com o aparecimento de diversas doenças (Cohen, et al., 1997).

Stressores e afecto negativo também têm sido associados à falta de adesão terapêutica que, associado a condições médicas já existentes, poderão agravar os problemas existentes. Para além disso, novos comportamentos desadaptativos para lidar com o *stress* poderão surgir, como por exemplo a prática de relações sexuais não-protegidas ou práticas de higiene não satisfatórias, expondo os sujeitos a agentes infecciosos (Cohen, et al., 1997).

Um grupo clínico que tem vindo a ter a merecer alguma atenção e no qual se torna evidente a ligação entre o *stress* e as patologias de cariz psicológico, é o dos cuidadores de familiares com condições médicas crónicas. Estudos conduzidos em cuidadores de pacientes com Alzheimer,

Parkinson e cancro, por exemplo, apresentaram respostas de *stress* significativo sob a forma de depressão, ansiedade e fadiga (Baron, 1990; Kiecolt-Glaser, 1987).

Vedhara e colaboradores (2002) estudaram cuidadores de pacientes com esclerose múltipla e, apesar de não terem encontrado diferenças significativas nos níveis de ansiedade e depressão (controlo vs experimental), os níveis de *stress* eram significativos. As conclusões sugerem que o *stress* nos cuidadores pode ser encarado como uma entidade nosológica distinta, merecendo atenção diferenciada.

Pearlin e colaboradores (1990) diferenciam *stressores* primários de secundários. Enquanto os primários se relacionam com as necessidades dos doentes (a sua natureza e magnitude), os secundários são consequência dos primeiros, e manifestam-se posteriormente pelas implicações que têm na vida pessoal, familiar e profissional do cuidador. A função cognitiva do doente, as alterações do comportamento, a sua dependência funcional nas actividades básicas e instrumentais da vida diária, constituem indicadores objectivos de *stressores* primários. Enquanto a avaliação da sobrecarga sentida pelo cuidador, o isolamento social e a deterioração do relacionamento com o familiar constituem medidas subjectivas. Os conflitos familiares e profissionais, os problemas económicos e a restrição das actividades sociais, decorrentes do papel de cuidador, constituem *stressores* secundários. A sobrecarga emocional pode conduzir à depressão e ao isolamento devido a factores intra-psíquicos, com interferência no auto-conceito, perda de auto-estima e do sentido de mestria.

Deste modo, tem sido crescente a incidência de morbilidade psicológica e da elevação dos níveis de afecto negativo entre cuidadores (Raveis, Karus, & Pretter, 1999). Por exemplo, numa amostra de cuidadores de vítimas de enfarte do miocárdio, no ano seguinte ao acontecimento, 12% dos cuidadores foram tratados devido à sua depressão ou ansiedade (Brocklehurst, Morris, Andrews, & Laycock, 1981). Noutros estudos, cuidadores de pacientes idosos dependentes, procuraram apoio médico devido a *stress* associado (Lezak, 1978) ou foram hospitalizados devido a depressão grave (Goldman & Luchins, 1984; Sheehan & Nuttal, 1988). Sousa (2005) estudou cuidadores de doentes com Esclerose Múltipla e verificou que, tendo em conta o grau de incapacidade do doente, existem diferenças significativas nas variáveis morbilidade psicológica, ajustamento à doença e satisfação marital dos cuidadores.

O uso do cortisol é particularmente interessante, dado que está subjacente à utilização de comportamentos baseados na emoção (por ex: luta ou fuga) e está envolvido na regulação da

função imunológica. Apesar de existirem evidências que o cortisol circulante é superior nas situações de afecto negativo (ansiedade, depressão e hostilidade), até que ponto esta associação é devida a diferenças individuais estáveis (i.e. traços) ou a flutuações transitórias de humor (i.e. estados), permanece desconhecida (Polk, et al., 2005). Igualmente controverso é o nível de concentração de cortisol nas situações de psicopatologia. Geralmente, na literatura encontram-se referências ao facto de indivíduos com sintomatologia depressiva, ansiosa, fóbica e de *stress*, apresentarem valores altos de cortisol (Yehuda, 2000) e os indivíduos com PTSD, apresentarem valores baixos de cortisol (Glover & Poland, 2002; Yehuda, 2000), mas nem sempre é assim. Por exemplo, Glover e Poland (2002) em cinco estudos prévios que utilizaram cortisol urinário em mulheres com PTSD encontraram um estudo com cortisol reduzido (Yehuda, Kahana, & Binder-Byrnes, 1995), três com cortisol elevado (Lemieux & Coe, 1995; Maes, et al., 1998; Pitman & Orr, 1990) e um sem efeito (Hawk, Dougall, Ursano, & Baum, 2000), comparando os sujeitos com controlos saudáveis ou com outros quadros psiquiátricos. Estes resultados acrescentam dados para a discussão sobre a necessidade de se utilizarem métodos padronizados de avaliação, quer seja em termos do método de colheita, do número e tipo da amostra ou do momento experimental. Aliás, Bremner e colaboradores (2003) avança com a hipótese, de que as causas da discordância nos estudos que utilizam cortisol, deve-se à selecção dos sujeitos, às diferenças no tipo de trauma (experiências muito subjectivas), à expressão fenotípica do PTSD, aos múltiplos diagnósticos associados e ao ciclo circadiano do cortisol. Yehuda (2000) acrescenta que, em algumas situações, as diferenças encontradas poderão dever-se à ocorrência prévia de um trauma. Nestes casos, a elevação aguda dos níveis de cortisol produziria um ambiente tóxico na região hipocampal, levando ao preenchimento irreversível e subsequente destruição dos receptores neuroquímicos. Daí que, em condições futuras que exigissem a activação do eixo HPA, o cortisol entraria em circulação mas não encontrando receptores, degeneraria, sinalizando ao córtex supra-renal a ocupação dos receptores. Deste modo, por meio de feedback negativo, a produção de cortisol manter-se-ia baixa, explicando-se assim, o motivo pelo qual os níveis de cortisol em mulheres vítimas de violação que tinham historial de violência, eram mais baixos do que em mulheres vítimas de violação sem historial de violência.

Num estudo recente, Glover e Poland (2002) estudaram as alterações neuroendócrinas verificadas em cuidadores com sintomatologia e diagnóstico de PTSD, pretendendo verificar se as situações de trauma relacionadas com o experienciar de uma doença potencialmente mortal produziam as mesmas alterações que situações de trauma mais comuns (guerra, violação). Para

tal, colheram amostras de cortisol urinário (12h), noraepinefrina e epinefrina, bem como utilizaram medidas psicométricas de avaliação de PTSD e depressão. A amostra era constituída 14 mães de crianças sobreviventes de cancro (um grupo de mães com diagnóstico de PTSD, um grupo de 7 mães sem sintomatologia de PTSD) e um grupo controlo de 8 mães de crianças saudáveis. O grupo das mães com PTSD apresentavam menor nível total de cortisol urinário que as mães sem PTSD (que por seu turno não diferiam do grupo controlo). Outro resultado interessante, foi a de que as mães que apresentavam PTSD e depressão, tinham níveis mais altos de cortisol que as mães que apresentavam unicamente PTSD. Para além de que, as mães sem PTSD mas com depressão, tinham valores mais elevados de cortisol. O estudo conclui que a sintomatologia PTSD relacionada com doenças potencialmente mortais, apresenta as mesmas alterações neuroendócrinas que a PTSD relacionada com guerra. Também poder-se-á concluir que, de facto, a sintomatologia PTSD provoca alterações endócrinas diferentes de outros tipos de patologias, como por exemplo a depressão.

Bauer e colaboradores (2000) estudaram o *stress* crónico em cuidadores de pacientes com Demência. Os resultados referem que os cuidadores apresentam maiores níveis de *distress* (ansiedade, depressão e *stress*) e de cortisol salivar que os não-cuidadores (controlo). Adicionalmente, os cuidadores apresentavam uma proliferação reduzida de linfócitos, uma produção reduzida de IL-2 (interleuquinas 2) e uma sensibilidade dos linfócitos aos glucocorticóides reduzida. Os investigadores concluíram que o *distress* crónico está associado a uma função imune debilitada que, por seu turno, está associada a níveis basais de esteróides elevados e a uma alteração da imunoregulação por esteróides dos linfócitos.

Poehlmann (1998) realizou um estudo com 27 esposas que prestavam cuidados a um marido doente com Demência (*stress* crónico elevado). Os resultados confirmam as hipóteses que afirmavam que os cuidadores apresentavam índices mais elevados de *stress* percebido, depressão, insatisfação com a vida e solidão que os elementos do grupo controlo. Para além disso, o *stress* crónico também estava positivamente associado à elevação dos níveis basais da activação cardíaca simpática, pressão sanguínea, concentrações plasmáticas de ACTH e aumentos das concentrações de cortisol no plasma, em resposta aos *stressores* laboratoriais. Também se verificou que o *stress* agudo elevava os índices de ansiedade (estado), ritmo cardíaco, activação cardíaca simpática e concentrações plasmáticas de ACTH, cortisol e epinefrina. Estes resultados sugerem que o *stress* crónico dos cuidadores pode alterar os níveis basais de tónus cardíaco simpático e levar a uma mudança na resposta do eixo hipotalâmico-pituitário adrenérgico a *stressores* de curta duração.

Recentemente, os estudos têm vindo a reflectir uma profunda alteração no modo como é realizada a análise dos dados relativos ao cortisol. Assim, entre outras medidas encontramos referência ao *cortisol awakening response* – CAR (também chamado *morning/wake-up challenge* ou *morning rise*) e à concentração total de cortisol diário (Area Under the Curve – AUC).

O CAR tem sido estabelecido como uma medida fácil e útil da actividade do eixo HPA. Trata-se de uma entidade discreta que se sobrepõe ao ritmo circadiano do cortisol, daí que a sua medição é realizada pela colheita de amostras de saliva na primeira hora após o acordar do indivíduo (Thorn, Hucklebridge, Evans, & Clow, 2009). O CAR é uma resposta ao despertar matinal distinta do aumento circadiano da actividade do eixo HPA matinal. Apesar de ser modulado pelo ritmo circadiano, reflecte principalmente processos psicofisiológicos fásicos específicos da transição sono-vigília. Pruessner e colaboradores (1997) foram os primeiros a propôr que a medição do aumento do cortisol após o acordar poderia representar uma forma útil de avaliar a actividade adrenérgica. Os autores verificaram um aumento significativo dos níveis de cortisol livre (salivar) e total (plasmático) durante a primeira hora após o despertar, com picos pronunciados nos primeiros 15-30 minutos até aos 45 minutos. Sendo que diversos estudos com adultos saudáveis relatam aumentos entre 50 e 100% dos níveis de cortisol neste período (cf. revisão de Clow, Thorn, Evans, & Hucklebridge, 2004). No que diz respeito a estados psicológicos agudos, foi demonstrado que o CAR está associado a variações do dia-a-dia com diferentes condições psicossociais, emocionais e físicas (Adam et al., 2006). Em relação a estados crónicos, o CAR está positivamente associado à percepção de *stress* crónico, depressão e outros indicadores de morbilidade psicológica (Kudielka & Wüst, 2008).

O cálculo da concentração total de cortisol diário é obtido pela computação da *area under the curve* (AUC), tendo sido frequentemente utilizado na investigação em endocrinologia e neurociências. Os valores obtidos permitem sintetizar a informação contida em medições repetidas de cortisol ao longo do tempo e serve diferentes funções dependendo da natureza do estudo. Para além de que permite ao investigador a simplificação da análise estatística e aumentar o poder dos testes sem sacrificar a informação contida em múltiplas medições (Pruessner, et al., 2003). Em estudos de endocrinologia, o AUC tem sido utilizado para estimar as mudanças hormonais circadianas e ultradianas e na avaliação da secreção total num determinado período de tempo (por ex: Maes, Calabrese, & Meltzer, 1994). Contudo, existe alguma variabilidade na forma como a fórmula é derivada nos diferentes laboratórios, comprometendo desta forma a validade externa dos dados. Para além disso, a utilização do AUC depende do tipo de informação que o investigador

esteja interessado. Assim, poderemos derivar a fórmula de modo a avaliar se ocorreram *algumas* alterações no cortisol ao longo do tempo ou qual a *intensidade geral* dos níveis de cortisol na altura da medição. Estes dois tipos de informação podem ser descritos por meio de duas fórmulas diferentes chamadas *area under de curve with respect to ground* (AUCg) e *area under the curve with respect to increase* (AUCi). Assim, enquanto a fórmula AUCg está mais relacionada com o *output* hormonal total, a fórmula AUCi está mais relacionada com a sensibilidade do sistema hormonal, denotando mudanças ao longo do tempo. Contudo, uma vez que as duas fórmulas são de simples utilização, é sugerido que ambas sejam incluídas no tratamento estatístico, pois aumentam a informação disponibilizada ao investigador (Pruessner, et al., 2003). Como se trata de uma standardização no tratamento dos dados, existem poucos estudos que as tenham utilizado de uma forma fidedigna. No entanto, a análise da literatura revelou que as fórmulas têm sido aplicada no estudo de *distress* emocional (de Timary, Roy, Luminet, Fillée, & Mikolajczak, 2008; Pedrosa Gil, et al., 2008; Rohleder, et al., 2006; Wirtz, et al., 2007), PTSD (de Timary, et al., 2008; Wessa, Rohleder, Kirschbaum, & Flor, 2006), *stress* (Shalev et al., 2009), fadiga (Minetto, et al., 2008), esquizofrenia (Popovic, et al., 2007).

Capítulo III – Qualidade de Vida

3.1. Definição do Conceito de Qualidade de Vida

A OMS define qualidade de vida (QdV) como a percepção do indivíduo tanto da sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais se insere, como em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo de classificação, influenciado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, pelas suas relações sociais, pelo seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente (WHO, 1998). Essa conceptualização foi adoptada pela OMS, no seu estudo multicêntrico que teve por objectivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a QdV numa perspectiva internacional e transcultural. Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo QdV é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de condições médicas específicas.

A expressão *qualidade de vida* foi utilizada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964, ao declarar que “*os objectivos não podem ser medidos através do saldo do banco. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.*” O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de “*qualidade de vida*” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Seidl & Zannon, 2004).

Assim, a avaliação da *qualidade de vida* foi acrescentada nos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação adversa a drogas) (Bech, 1995). A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos (Katschnig, 1997), uma vez que muitas vezes na busca de acrescentar “anos à vida” era deixado de lado a necessidade de acrescentar “vida aos anos”.

O termo *qualidade de vida* como vem sendo aplicado na literatura médica não parece ter um único significado (Gill, Alvan, & Feinstein, 1994); “condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida” tem sido usados como sinónimos (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993) e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõe instrumentos para sua avaliação (Gill, et al., 1994). *Qualidade de vida relacionada com a saúde* (*Health-related quality of life*) e *Estado subjectivo de saúde* (*Subjective health status*) são conceitos afins centrados na avaliação subjectiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Bullinger e colaboradores (1993) consideram que o termo *qualidade de vida* é mais geral e inclui uma variedade potencialmente maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

As revisões de literatura que cobriram períodos anteriores a 1995 revelam que, ao lado dos esforços direccionados para a definição e avaliação da QdV na área de saúde, havia lacunas e desafios teóricos e metodológicos a serem enfrentados. Gill e colaboradores (1994), procuraram identificar como a QdV estava a ser definida e mensurada na área de saúde, mediante a revisão de 75 artigos que tinham esse termo nos seus títulos, publicados em revistas médicas. Depois de verificar que somente 15% dos trabalhos apresentavam uma definição conceitual do termo e 36% explicitavam as razões para a escolha de determinado instrumento de avaliação, Gill e colaboradores (1994), concluíram que havia falta de clareza e de consistência quanto ao significado do termo e à mensuração da QdV.

A partir do início da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade. No que diz respeito à subjectividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Por outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida (WHOQOL, 1995). Os investigadores enfatizam, então, que QdV só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais de uso do conceito quando QdV era avaliada por um observador, usualmente um profissional de saúde. Nesse sentido, há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão

de cientistas e de profissionais de saúde (Leplège & Rude, 1995; Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater, & Gregory, 1988).

O consenso quanto à multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objecto de pesquisa científica, em estudos empíricos, usando metodologias qualitativas (por ex: Bowling, 1995) e quantitativas (por ex: Smith, Avis, & Assmann, 1999; WHOQOL, 1995).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde. Os instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde tendem a manter o carácter multidimensional e avaliam ainda a percepção geral da QdV, embora a ênfase habitualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionados por enfermidade. Além do WHOQOL-100 (e da sua versão abreviada WHOQOL-bref) (WHOQOL, 1995), outros instrumentos genéricos de avaliação da QdV, de grande utilização em pesquisas e na prática clínica, são o *Medical Outcomes Study (MOS-20)*, o *SF-36 Health Survey* e o *Sickness Impact Profile* (WHO, 1994).

Dados de levantamentos recentes (Seidl & Zannon, 2004), para verificar o crescimento de medidas de avaliação da QdV e sua disponibilidade para as diversas especialidades, verificaram um grande crescimento do número de instrumentos de qualidade de vida relacionada com a saúde. Assim, Garrat e colaboradores (2002), constataram que 46% dos trabalhos publicados versavam sobre medidas da QdV para populações e condições médicas específicas, seguidas de 22,0% que trabalhavam com medidas genéricas da QdV. De entre os instrumentos adaptados à população portuguesa podemos citar o Questionário da Qualidade de Vida da Pessoa Encarregada da Criança com Asma – PACQLQ (Marinheiro, 2007), a Escala de Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico – CQOLC (Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003a) e o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção de VIH (Canavarro, Pereira, Simões, Pintassilgo, & Ferreira, no prelo). Apesar disso, uma vez que não existe um instrumento adaptado aos cuidadores de toxicodependentes/alcoólicos, optou-se por utilizar neste estudo o WHOQOL-bref, uma vez que representa o conceito mais uniformemente aceite de QdV.

3.2. Qualidade de Vida em Cuidadores

Como foi evidente no segmento anterior, o conceito de Qualidade de Vida (QdV) varia dependendo do autor que se consulta, daí que para melhor se poder analisar a avaliação nos cuidadores, optámos por relatar aqui os estudos que utilizaram o conceito (logo o instrumento) da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-100 e WHOQOL-bref.

Adams (2003) estudou cuidadores de pacientes que haviam sofrido enfarte de miocárdio durante o primeiro mês de cuidados (desde a hospitalização até ao período de alta médica). Verificou que estes cuidadores não tiveram danos estatisticamente significativos na sua qualidade de vida. A autora atribui estes resultados à manutenção da rede de apoio social e a um período de “lua-de-mel” no qual os cuidadores estarão a adaptar-se à nova realidade.

Ishizaki e Nakane (2004) compararam a QdV em pacientes com perturbações mentais, os seus cuidadores e a população em geral. Verificaram que a QdV era significativamente inferior nos pacientes em comparação com os seus cuidadores e a população geral. Assim, os pacientes apresentavam valores médios mais baixos (WHOQOL-26), seguidos dos cuidadores, sendo a população em geral a que apresentava os valores médios mais elevados. O grupo dos cuidadores também apresentou o resultado significativamente mais alto na subescala Relações Sociais, sugerindo que estão satisfeitos com o papel de cuidador ou com o suporte social recebido, de acordo com os autores.

Yamamoto-Mitani e colaboradores (2004) decidiram estudar a relação entre a avaliação positiva do papel de cuidar em famílias de idosos e a QdV. Assim, numa amostra de 337 cuidadores, verificaram que a “confiança no papel”, “satisfação” e “exaustão do papel” tinham um impacto independente significativo na subescala Físico do WHOQOL-26, enquanto “confiança no papel” e “exaustão do papel” tinham um impacto significativo na subescala Psicológico. Os autores sublinham a importância em se considerarem medidas de “avaliação positiva” no estudo da QdV dos cuidadores e não apenas as ligadas à morbilidade psicológica.

Awadalla e colaboradores (2006) estudaram a QdV (e os factores associados) de cuidadores de pacientes com Diabetes comparando-a com a população geral. A amostra era constituída por 105 cuidadores de pacientes com diabetes tipo I, 135 cuidadores de pacientes com diabetes tipo II e 139 sujeitos da população geral. Os autores verificaram que os cuidadores de pacientes tipo I apresentavam um resultado significativamente inferior aos cuidadores de pacientes tipo II e da população geral. Dentro da família, eram os pais e os irmãos dos pacientes aqueles que apresentavam piores resultados de QdV. A idade do paciente, o tempo de duração da doença, o

nível (superior) de escolaridade do cuidador, estado civil (casado) e estado de saúde (normal/bom) estavam correlacionados positivamente com a QdV do cuidador. Daí que os autores considerem que a avaliação da QdV dos pacientes pelos cuidadores era preditora da QdV dos próprios cuidadores. Os investigadores sublinham que os clínicos devem interessar-se pela dinâmica da família cuidadora, dado que tem impacto na QdV de todos os membros, para além de que é promovida a tomada de consciência acerca da diabetes, reforçando o papel de cuidador, a qualidade dos cuidados prestados e a QdV da família. Os mesmos autores num estudo subsequente encontraram resultados semelhantes (Awadalla, Ohaeri, Tawfiq, & Al-Awadi, 2006).

Alshubaili e colaboradores (2007) estudaram pacientes com Esclerose Múltipla e seus cuidadores procurando determinar os factores preditores de QdV nos pacientes. Verificaram que os principais factores eram o grau de debilidade física que a doença provocava, a percepção dos cuidadores acerca da QdV dos pacientes e a ansiedade dos cuidadores em desenvolver a doença. Como tal, os autores sublinham a importância de se incluírem os cuidadores nos planos de tratamento dos pacientes, quer nos aspectos relacionados com a doença quer no melhoramento do conhecimento sobre o tratamento.

Awadalla e colaboradores (2007) interessaram-se por estudar a QdV em pacientes estáveis de cancro e seus cuidadores, comparando-os com pacientes diabéticos, psiquiátricos e com a população geral, procurando identificar os factores associados à QdV. Os resultados apurados permitiram identificar determinar alguns factores preditores da QdV nos pacientes de cancro e seus cuidadores. Assim, o preditor mais importante da QdV do paciente era a opinião do cuidador acerca da QdV do paciente (42% da variância), seguido do “sentir-se doente neste momento” (9,1% da variância) e “duração da doença” (1,8% da variância). No que diz respeito ao cuidador, os factores preditores da sua QdV eram “sentir-se doente neste momento” (29,9% da variância), a opinião acerca do curso da doença/tratamento (11,9% da variância) e a relação com o paciente (5,9% da variância). Um resultado interessante, sublinhado pelos autores, diz respeito ao facto do valores da QdV nestes pacientes e seus cuidadores serem superiores aos dos outros grupos estudados (incluindo a população geral). Este facto leva-os a concluir que a QdV está intrinsecamente relacionada com a díade paciente-cuidador e que tem raízes na neurologia do comportamento humano (*mirror neurons* cf. Iacoboni, et al., 2005). Os outros factores (“sentir-se doente neste momento”, “opinião acerca do curso da doença/tratamento” e “relação com o paciente”) atestam da influência do *distress* da tarefa de cuidar na QdV dos cuidadores.

Capítulo IV – Suporte Social

4.1. Definição do Conceito de Suporte Social

De acordo com Cohen e Syme (1995), Suporte Social (SS) é um conjunto de recursos que outros podem dispensar a um indivíduo, quer as fontes sejam a família, os amigos íntimos, os grupos comunitários, os colegas de trabalho ou os profissionais de saúde. Podemos ainda acrescentar que a ajuda emocional, instrumental e financeira que cada um consegue obter da sua rede social de apoio, pode ser definida como suporte social (Berkman, 1984).

A influência do SS na saúde pode ser encarada duplamente, através do seu componente de Função e de Estrutura (Rebelo, 1992, 1996). Os aspectos Estruturais têm a ver com a “quantidade” de suporte social que envolve o indivíduo ou seja, com a sua rede social de apoio. Isso pode ser medido pelo estado civil, número de filhos e frequência de actividades sociais, por exemplo. A componente Função tem mais relação com aspectos de “qualidade” das relações, ou seja, com a ajuda emocional, instrumental e financeira que cada um consegue obter (Berkman & Syme, 1979). Deste modo, o suporte social como Função funcionaria como componente protector e compensador dos efeitos nefastos dos altos níveis de *stress*. Sabemos que indivíduos com suporte social deficiente e com altos níveis de *stress* apresentam uma mais elevada morbilidade e mortalidade (Rebelo, 1992, 1996).

Dunst e Trivette (cit. in Ribeiro, 1999) consideram que o SS está em restrita relação com os recursos que se encontram ao nosso dispor e as unidades sociais (como por exemplo a família) que respondem aos pedidos de ajuda e assistência. Estes mesmos autores fizeram a distinção entre duas fontes de SS, sendo uma a do informal e a outra do formal. Podemos considerar como fontes de suporte social informais os familiares, amigos, vizinhos ou padre e também os grupos sociais (clubes, igreja) susceptíveis de fornecer apoio nas actividades do dia-a-dia, constituindo uma forma de resposta a situações de vida normativas e não normativas. As fontes de suporte social formais abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos), tendo como objectivo fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas (Almeida & Sampaio, 2007).

Revenson (1993; 1991) esclarece que o SS actua a um nível fisiológico e a um nível cognitivo possibilitando que os indivíduos exerçam as suas capacidades de adaptação com eficácia. Este pode funcionar não só como um elemento amortecedor do impacto do *stress* mas também como um recurso de resolução de problemas que resulta em *stress* diminuído (Almeida &

Sampaio, 2007). De um modo recíproco, baixos níveis de SS podem causar ou potenciar os níveis de *stress* (Cohen, Underwood, & Gottlielo, 2000; Sarason, Sarason, & Pierce, 1990; Wills & Fegan, 2001). O suporte social é um importante factor de minimização dos efeitos das situações *stressantes* no funcionamento familiar, uma vez que contribui para o ajustamento e a adaptação às situações de *stress*, auxiliando na resposta às necessidades especiais, particularmente as que dizem respeito a determinadas funções familiares (Almeida & Sampaio, 2007; Beazley & Moore, 1995; Hanks, Rapport, & Vangel, 2007; Moores & Meadow-Orlans, 2002; Pinhal, Ricou, Antunes, & Nunes, 1998; Siegel, Turner, & Haselkorn, 2008).

Deste modo, parece evidente que o suporte social é um componente positivo que actua ao nível da saúde e é fundamental à adaptação do indivíduo e da família às situações *stressantes*.

4.2. Suporte Social em Cuidadores

O suporte dado pela família, é considerado como a principal fonte de apoio social do indivíduo (por ex: Hudson, Hayman-White, Aranda, & Kristjanson, 2006; Miller, Bishop, Herman, & Stein, 2007; Sander, 2007; Smyth, Rose, McClendon, & Lambrix, 2007). Existem um número significativo de trabalhos que confirmam que o suporte da família tem um efeito positivo no estado de saúde do indivíduo, tendo capacidade de diminuir os efeitos negativos de factores de *stress* (por ex: Broadhead, Kaplan, & James, 1983; Cohen & Syme, 1995). De facto, nos últimos anos tem sido realizada investigação sobre a influência da família na doença crónica e em particular sobre a função familiar e o seu controlo (Rebelo, 1992). Mais recentemente verifica-se que a doença crónica influencia a dinâmica familiar, deste modo torna-se importante abordar as repercussões e necessidades dos cuidadores (Pereira, 2001; Sousa, 2005).

Apesar dos estudos consultados não terem utilizado o instrumento por nós escolhido, consideramos importante a sua breve revisão, dando especial atenção à relação entre o SS e a família na doença crónica. A discussão central no SS continua a ser sobre se o efeito é considerado como moderador/amortecedor (*buffer*) ou como um efeito principal e sobre o impacto diferenciado das diferentes formas de suporte (instrumental, emocional ou informativo). Tal pode dever-se a diferenças no *design* dos estudos na escolha das amostras, na conceptualização ou nas medidas de avaliação utilizadas (Miller et al., 2001).

Assim, Baillie e colaboradores (1988) estudaram a relação entre o *stress* percebido, o suporte social e a interacção com o bem-estar psicológico de cuidadores de idosos com impedimento físico. Numa amostra de 87 cuidadores, não encontraram qualquer efeito moderador do suporte social, contudo o efeito principal explicava 19% a 22% da variância do *distress* e depressão. Os autores concluíram que os cuidadores que exerciam a tarefa há mais tempo e que tinham pouco suporte social, estavam em risco de desenvolver *distress* psicológico.

Chang e colaboradores (2001b) propuseram encontrar preditores de suporte social numa amostra com 81 díadas cuidador/paciente. Verificaram que “dificuldades em encontrar assistência de confidentes ou amigos” estava positivamente correlacionado com o *Burden* e a Depressão e negativamente correlacionado com o resultado de Satisfação. Este facto levou os autores a concluir que providenciar assistência aos cuidadores é mais importante do que aumentar a frequência dos contactos sociais. Grant e colaboradores (2001) encontraram resultados similares, tendo verificado que o SS era o melhor preditor de Satisfação com a Vida do cuidador, sendo que a percepção de controlo sobre as emoções era o melhor preditor da Depressão e Saúde no cuidador.

Robinson-Whelen e colaboradores (2001) propuseram-se a estudar o que acontece com os cuidadores após os respectivos cônjuges (com diversos défices cognitivos) terem falecido. Numa amostra com 42 cuidadores, 49 ex-cuidadores e 52 não-cuidadores, fizeram avaliações de diversas medidas de bem-estar psicológico, ao longo de 4 anos. Os resultados mostraram que os ex-cuidadores não melhoraram significativamente nestas medidas (após o falecimento do cônjuge). Assim, apesar de apresentarem uma diminuição geral dos níveis de *stress* e afecto negativo, os resultados de depressão, solidão e afecto positivo, não atingiram os níveis dos não-cuidadores e, inclusivamente, mantiveram-se próximos dos cuidadores até 3 anos após o falecimento. Um dos factos mais interessantes é o de que os melhores preditores do funcionamento após experiência de cuidar eram o suporte social e o pensamento evitante-intrusivo sobre o acto de cuidar. Os autores concluem que as consequências do comportamento de cuidar poderão verificar-se a longo termo, daí existir a necessidade de um suporte formal para os cuidadores merecendo uma maior atenção da parte dos clínicos e dos investigadores.

Atienza e colaboradores (2001) estudaram a relação entre a percepção de controlo, o suporte social percebido e o humor dos cuidadores. Numa amostra com 49 cuidadores de pacientes com Demência, verificou que os *stressores* situacionais aumentavam o afecto negativo e que um maior SS percebido reduzia o impacto desse *stressor* no humor. Para além disso, as mudanças na percepção de controlo, mediavam parcialmente a relação entre SS e o afecto negativo

derivado do *stressor*. Estes resultados levaram os autores a concluir que os cuidadores com uma percepção de maior SS eram menos reactivos emocionalmente ao *stress* que ocorria naturalmente, devido em parte à percepção de controlo.

Majerovitz (2001) estudou o papel do suporte social e dos cuidados formais e informais como *buffer* do *stress* em 54 cônjuges de pacientes com Demência. Metade dos participantes tinha ajuda contratada enquanto a outra metade cuidava sozinha do paciente. Os resultados indicaram que a ajuda contratada moderava a relação entre o *Burden* do cuidador e o *Stress* do cuidador enquanto a percepção da disponibilidade do SS moderava a relação entre a Depressão do cuidador e o *Stress* do cuidador. O autor sugere que, com base nos resultados, se pode concluir que as fontes de suporte formais e informais afectam de um modo diferenciado o bem-estar dos cuidadores.

Nijboer e colaboradores (2001) investigaram o papel do suporte social e da personalidade em cuidadores de pacientes de cancro colorectal. Neste estudo longitudinal, os autores recolheram dados de 148 participantes em três momentos: duas semanas antes da hospitalização, três e seis meses depois da alta médica. Os resultados apurados mostraram que o efeito principal do suporte social e dos recursos psicológicos na experiência de cuidar são diminutos ou ausentes. Contudo, o suporte emocional diário e o sentido de mestria modificavam a relação entre a experiência de cuidar e a depressão no cuidador. Isto é, os cuidadores com baixo suporte emocional diário e aqueles com baixo sentido de mestria (e que percepcionavam a experiência de cuidar como mais negativa) foram identificados como mais deprimidos ao longo do tempo. Os autores concluem que os cuidadores devem ser alvo de intervenções psicossociais específicas.

Ergh e colaboradores (2002; 2003) procuraram determinar preditores de funcionamento familiar e *distress* em cuidadores de pacientes com TCE. Numa amostra com 60 pares de participantes verificaram que o melhor preditor de *distress* era a perturbação neurocomportamental e o melhor preditor de funcionamento familiar era o suporte social. Sendo que o SS apresentava uma relação directa e linear com o funcionamento familiar, moderando o *distress* psicológico dos cuidadores. Na ausência de SS adequado, o *distress* aumentava com a duração da lesão, o disfuncionamento cognitivo e a perda de capacidades atencionais enquanto com SS adequado estas características não se verificavam.

Schoeder e Remer (2007) estudaram o papel do suporte social na sobrecarga de cuidadores de crianças com Síndrome de Tourette. Verificaram que a percepção do suporte social, a idade do cuidador e a severidade dos sintomas do paciente explicavam a variância na sobrecarga dos

cuidadores. Para além disso, a percepção do suporte social moderava parcialmente a sobrecarga dos cuidadores e a severidade dos sintomas do paciente.

Landry-Meyer e colaboradores (2005) colocaram a hipótese do suporte social moderar a relação entre o *stress* do cuidador e os indicadores de *stress*. Verificaram que as fontes de suporte formal e informal influenciavam de forma positiva e generalizada os indicadores de *stress* (menor *stress*), independentemente da quantidade de *stress* recebida. No entanto, contrariamente ao hipotizado, o SS não moderava a relação entre o *stress* do cuidador e a satisfação com a vida nem entre o *stress* do cuidador e a Generatividade (Erikson, 1976).

Cole e Eamon (2007) testaram a hipótese de o suporte social actuar como *buffer* em cuidadores adoptivos de crianças vítimas de maus-tratos. Os autores não encontraram qualquer evidência do efeito moderador do suporte social sobre os factores de risco, sendo que esta população exibia menos sintomas depressivos que o grupo-controlo. Triarhos-Suchlicki (2008) encontrou resultados semelhantes na mesma população.

Cameron e colaboradores (2006) estudaram cuidadores de pacientes com síndrome de *distress* respiratório do adulto (ARDS). Verificaram que os cuidadores apresentavam maior *distress* emocional quando tinham uma maior interferência no estilo de vida, tinham níveis baixos de sentimento de mestria e os pacientes de quem cuidavam apresentavam maiores sintomas de depressão. Por outro lado, o sentimento de bem-estar dos cuidadores estava associado a ganhos pessoais em resultado da tarefa de cuidar e de possuírem maior sentimento de mestria e suporte social.

Spitznagel e colaboradores (2006) procuraram encontrar preditores para a decisão dos cuidadores em internar os membros da família com Demência. Uma amostra com 72 cuidadores foi dividida em dois grupos (os que desejavam internar e os que não desejavam). O grupo dos cuidadores que desejava internar apresentava níveis significativamente superiores de *burden*, de conhecimento da doença, maior disfunção familiar e menor suporte social que os cuidadores que não desejavam internar. Os autores sublinham que os níveis elevados de conhecimento sobre a patologia indicam que as intervenções orientadas para o suporte informativo por si só não diminuem o *burden* dos cuidadores.

Cardenas (2006) testou a hipótese de que a relação entre o suporte social e a depressão ser mais forte em cuidadoras latinas do que em cuidadoras caucasianas de pacientes com Demência. Numa amostra com 154 cuidadoras caucasianas e 110 cuidadoras latinas, verificou que existia uma relação significativa entre a etnicidade e suporte social na predição da depressão. Assim, níveis

mais elevados de SS estavam relacionados com menores sintomas de depressão em caucasianas, especificamente suporte emocional. No entanto, esta relação não se verificou em cuidadoras latinas, daí que a autora sublinhe a importância de se adequarem as formas de suporte, de forma a moderarem o *distress* em cuidadoras com outra etnia.

Gideon (2007) estudou o impacto diferenciado das interações familiares e não-familiares no *stress* de cuidadores de pacientes com Demência. Este estudo evidenciou que níveis mais elevados de suporte emocional da família tendem a reduzir o *distress* emocional generalizado enquanto o suporte emocional de fontes não-familiares tendem a melhorar a perspectiva do cuidador acerca da tarefa. Para além disso, interações sociais negativas com a família e com membros não-familiares não representaram um preditor significativo do estado emocional do cuidador. Leder e colaboradores (2007) estudaram a relação do suporte social com a saúde em cuidadores (avós) de crianças. Verificaram a existência de uma correlação positiva entre o suporte social e a saúde física, sendo que o suporte emocional era o principal benefício do suporte social.

Hanks e colaboradores (2007) procuraram determinar quais os factores mais relevantes na percepção de *burden* em cuidadores de pacientes com TCE. Verificaram que o *coping* orientado para a emoção, controlo de comportamentos relacionados com o funcionamento familiar e a percepção do suporte social aparecem como estando relacionados com a percepção de *burden* enquanto a percepção do suporte social por si só é o factor mais importante na percepção de mestria da tarefa e na satisfação com a relação de cuidado.

Sabella (2008b) estudou os cuidadores de pacientes com TCE. Verificou que entre um conjunto de variáveis, o suporte social e as dificuldades financeiras eram os únicos factores que previam individualmente a satisfação com a vida dos cuidadores.

Siegel e colaboradores (2008) estudaram a relação entre o suporte social do cuidador e a adesão terapêutica em pacientes com Esclerose Múltipla. Verificaram que as qualidades suportivas dos cuidadores previam a adesão terapêutica a técnicas de modificadoras da doença em pacientes com Esclerose Múltipla, mas não em suporte medicamentoso. Valenzuela (2008) verificou que a organização e o suporte familiar contribuíam significativamente para o autocontrolo da diabetes tipo 1 em jovens hispânicos.

Chun e colaboradores (2007) estudaram a relação entre os factores culturais e a utilização dos dois tipos de SS. Assim, numa amostra com 64 cuidadores coreanos, 53 cuidadores coreano-americanos e 54 cuidadores norte-americanos, verificaram que nos três grupos o comportamento disruptivo dos pacientes levava a um sentimento de sobrecarga nos cuidadores. No entanto os

cuidadores coreanos utilizavam essencialmente o suporte social instrumental enquanto os cuidadores coreano-americanos utilizavam principalmente o suporte social emocional. Esta evidência poderá estar relacionada com o facto de apenas os cuidadores coreano-americanos declararem que, para além dos problemas de comportamento, os problemas de memória e a depressão dos pacientes também levavam a sentimentos de sobrecarga.

No entanto, todos estes estudos devem ser lidos com as devidas cautelas. Smerglia e colaboradores (2007) realizaram uma revisão recentemente acerca da relação entre suporte social e o ajustamento do cuidador e verificaram que em 61% dos estudos esta relação não era positivamente significativa. Para além disso, dos restantes 39%, nem o suporte social percebido nem o recebido e nem o instrumental ou o emocional eram mais influentes por si só ao ajustamento psicológico do cuidador. Os autores sublinham a importância de se realizarem mais estudos sobre o impacto negativo do SS e as características específicas do relacionamento entre cuidador e paciente. Recentemente, Tran (2008) verificou que o efeito moderador do suporte social dependia da composição da amostra de cuidadores e do tipo de suporte que era considerado, não tendo encontrado qualquer benefício de um relacionamento positivo entre cuidador e paciente, anterior ao aparecimento da doença.

Capítulo V – *Coping* Familiar

5.1. Definição do Conceito de *Coping* Familiar

Na definição do conceito de *coping* familiar foi tido em conta os modelos ABCX e FAAR desenvolvidos por McCubbin e colaboradores (McCubbin et al., 1983; McCubbin & McCubbin, 1993), bem como o instrumento desenvolvido para a avaliação do constructo (F-COPES) (McCubbin, Larsen, & Olson, 1982; McCubbin, Olson, & Larsen, 1996; McCubbin, Olson, & Larsen, 1987; McCubbin, Olson, & Larsen, 1991).

Deste modo, de acordo com o modelo FAAR, as famílias respondem aos acontecimentos de vida *stressantes* em duas fases: ajustamento e adaptação.

O ajustamento pode seguir um *continuum* desde uma forma mais positiva, na qual são estabelecidos padrões de funcionamento são mantidos, até um extremo negativo, no qual ocorre uma crise que exige mudanças nos padrões de funcionamento estabelecidos. O ajustamento depende da capacidade da família em usar os factores protectores inerentes, de modo a realizar as tarefas do dia-a-dia, mesmo em situações *stressantes*. Os autores incluíram cinco componentes interactivos nesta fase: a vulnerabilidade familiar (fragilidade), os tipos de família (padrões de funcionamento), coesão familiar (resistência dos recursos), avaliação do *stress* (curto-prazo, catastrófico) e resolução de problemas e *coping* (procura de ajuda na comunidade médica). As mudanças a curto-prazo que não se apresentam como uma dificuldade à família podem ser suficientes para o ajustamento à doença. Contudo, se estas mudanças falharem ocorre um desajustamento, levando à crise familiar e a uma adaptação (McCubbin & McCubbin, 1993).

O objectivo da adaptação é o de restaurar a estabilidade à família, sendo que o nível da adaptação depende da interacção entre diversos componentes. O efeito acumulado das exigências colocadas pela situação de doença, as mudanças no ciclo de vida familiar e as situações não resolvidas têm um impacto no nível de resiliência. Esta resiliência interage com os recursos familiares (forças e capacidades) que são suportadas por outros familiares e amigos na comunidade. Tendo em conta estas informações a família faz uma avaliação, levando em consideração os seus recursos e exigências da situação. Esta avaliação interage com a percepção que a família tem dos seus valores, objectivos e prioridades. A partir desta interacção a família atribui significado à doença e às alterações associadas. Usando os recursos e a avaliação, a família implementa as suas técnicas de coping e de resolução de problemas, facilitando a adaptação à crise (McCubbin & McCubbin, 1993). Assim, a adaptação funciona como a recuperação e promove a

capacidade da família em lidar com a crise. As competências da promoção do ajustamento e da adaptação são essenciais para que a família atinja algum nível de equilíbrio e harmonia (Montagnino & Mauricio, 2004).

Deste modo, podemos definir o *coping* familiar como a capacidade que a família possui em lidar com as exigências acumuladas, os recursos familiares e os significados associados à situação de doença e às mudanças associadas (Montagnino & Mauricio, 2004).

5.2. *Coping* Familiar em Cuidadores

Em linha com critério utilizado na escolha de artigos científicos nos capítulos referentes ao *distress* e à qualidade de vida, decidiu-se seleccionar apenas aqueles que utilizaram o instrumento F-COPES. Mais uma vez, e dado a inexistência de estudos em cuidadores de pacientes com Dependência de Substâncias, serão apresentadas publicações referentes a investigações com cuidadores de diversas patologias.

Pratt e colaboradores (1985) examinaram as diferentes estratégias de *coping* utilizadas por cuidadores de pacientes com Alzheimer e a sua relação com a sobrecarga subjectiva percebida. Numa amostra com 240 participantes, verificaram que a sobrecarga estava significativamente correlacionada com o estado de saúde do cuidador. Para além disso, três estratégias de *coping* internas (confiança na resolução do problema, *Reenquadramento*, *Avaliação Passiva*) e duas estratégias externas (*Procura de Suporte Espiritual* e *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda*) estavam significativamente relacionadas com a sobrecarga. Wright e colaboradores (1985) também se interessaram por estudar a relação entre as estratégias de *coping* e a sobrecarga, mas numa população de cuidadores de pacientes com Demência. No entanto, apenas encontraram uma relação estatisticamente significativa entre a sobrecarga e procura de suporte espiritual. Os autores sublinham a importância da integração desta dimensão no acompanhamento dos familiares.

Minnes e colaboradores (1989) avaliaram o *stress* em cuidadores de crianças com défices de desenvolvimento, procurando determinar os recursos familiares que funcionam como mediadores. Verificaram que a *Obtenção de Suporte Social* surgiu como o melhor preditor em todas as análises (excepto em duas), estando correlacionado negativamente com maiores valores de *stress*. O *Reenquadramento* foi apurado como o segundo melhor preditor e estava positivamente

correlacionado com maiores valores de *stress*. Outras características familiares, como a Coesão e a Adaptabilidade, e características da criança, como a gravidade do défice, surgiram como preditores menos fortes. Von Gontard e colaboradores (2002) também estudaram cuidadores de crianças com défices de desenvolvimento (Síndrome do X Frágil e Atrofia Muscular Espinal), tendo encontrado resultados diferentes. Assim, apesar do facto de os cuidadores apresentarem índices elevados de *stress* familiar, não existiam diferenças significativas em termos de *coping* e suporte social entre os cuidadores e os participantes do grupo controlo.

Hansell e colaboradores (1998) encontraram resultados distintos em cuidadores de crianças com HIV/SIDA. Nestes cuidadores, existiam diferenças estatisticamente significativas entre os cuidadores de pacientes seronegativos do grupo experimental e os cuidadores de pacientes seronegativos do grupo controlo e os seropositivos de ambos os grupos, em termos de *Obtenção de Suporte Social* (menor no grupo seronegativo do grupo experimental). Martin e colaboradores (2004) também estudaram a mesma população mas encontraram resultados diferentes. Assim, numa amostra com 52 cuidadores, verificaram que as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas eram a *Avaliação Passiva* e a *Procura de Suporte Espiritual* enquanto a menos utilizada era a *Obtenção de Suporte Social*. Para além disso, os cuidadores de crianças com défices no sistema nervoso central utilizavam mais a *Avaliação Passiva* que os familiares de crianças sem défices aparentes. Os autores também verificaram que os cuidadores não-biológicos procuravam mais suporte social (valor de *Obtenção de Suporte Social* mais alto) que os cuidadores biológicos. Daí que concluíram que deve ser dada uma maior atenção aos cuidadores que habitualmente não procurem os serviços de apoio comunitário.

Minnes e colaboradores (2000) estudaram os factores moderadores do *stress* em cuidadores de pacientes com TCE. Verificaram que as estratégias de coping mais utilizadas pelos cuidadores eram o *Reenquadramento*, *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda* e a *Avaliação Passiva*. Sendo que a *Procura de Suporte Espiritual* e o *Reenquadramento* estavam associadas a maiores reduções de *stress*.

Redinbaugh e colaboradores (2003) estudaram a relação mediadora do *coping* no *stress* em cuidadores de pacientes em fim de vida. Verificaram que numa amostra com 31 participantes a sobrecarga estava significativamente correlacionada com as actividades do dia-a-dia do paciente, com o *distress* psicológico do paciente e com a qualidade de vida do paciente. A estratégia de *coping* mais importante na atenuação da sobrecarga do cuidador era o *Reenquadramento*. De acordo com os autores, os cuidadores que aceitavam a doença do seu familiar, redefiniam os

problemas relacionados com a doença de uma forma mais flexível e se sentiam mais capazes de os resolver apresentavam menor sobrecarga do que os cuidadores com resultados mais baixos de *Reenquadramento*.

Montagnino e Mauricio (2004) estudaram o processo de *stress* e *coping* em cuidadores de crianças ostomizadas (traqueostomizadas e gastro-ostomizadas). Os autores encontraram uma relação significativa entre a subescala *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda* e as subescalas *Suporte Financeiro*, *Impacto Negativo Geral* e *Disrupção das Relações Sociais* medidas por um instrumento de avaliação do impacto de uma doença na família. Para além disso, também foi evidente que os cuidadores que apresentavam valores altos na subescala *Obtenção de Suporte Social* apresentavam igualmente valores altos da subescala *Disrupção das Relações Sociais*. Assim, concluíram que estes cuidadores estão a demonstrar uma capacidade em se adaptar e lidar com a situação de doença, apesar de exibirem valores de sobrecarga superiores aos da população geral.

Stroup e Smith (2007) estudaram o impacto familiar do teste do gene mutante BRCA1 (gene relacionado com o desenvolvimento de cancro da mama e dos ovários). Verificaram que as estratégias de *coping* desempenham um papel importante na percepção das mudanças familiares em termos da coesão e da adaptabilidade. Contudo, ao contrário do que seria esperado, maiores valores de *coping* não conduzem necessariamente a um maior ajustamento às situações de vida *stressantes* nem ao teste genético. Uma análise mais detalhada aferiu que as famílias de sujeitos masculinos que realizaram o teste que utilizavam o *Reenquadramento* mais frequentemente poderiam sofrer declínios em termos de coesão, e aquelas que utilizavam mais frequentemente a *Procura de Suporte Espiritual* apresentavam danos na adaptabilidade familiar. Apesar de não terem conseguido determinar os factores responsáveis, levantaram a hipótese de estes estarem relacionados com factores demográficos ou qualitativos e de que não existem estudos acerca da aplicabilidade e eficácia das estratégias de *coping* antes e após o teste genético.

Twoy e colaboradores (2007) procuraram avaliar a adaptação de cuidadores de crianças com perturbações do espectro autista. Verificaram que no geral estes cuidadores apresentavam um valor de adaptação normativo, sendo os níveis de *coping* similares aos controlos. Uma análise aos valores das subescalas revelou que estes cuidadores utilizavam essencialmente a *Obtenção de Suporte Social* junto de fontes formais e informais e a *Avaliação Passiva*. A *Procura de Suporte Espiritual* era a estratégia menos utilizada.

Capítulo VI – Exposição ao Trauma Psicológico

6.1. Definição do Conceito de Trauma

A Associação Americana de Psiquiatria define trauma como a experiência pessoal de um acontecimento que envolve a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física; ou testemunhar um acontecimento que envolve a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte inesperada ou violenta, ferimento grave ou ameaça de morte ou doença grave num familiar ou amigo próximo. A resposta da pessoa ao acontecimento tem de envolver medo intenso, impotência ou horror (APA, 1996).

Numa edição anterior do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III-R) (APA, 1987), o acontecimento traumático era definido como algo que ultrapassava a experiência humana habitual. A constatação de que os episódios de ameaça à vida não são uma experiência rara levou à exclusão da raridade na definição de trauma. Embora actualmente se reconheça que não é raro, um acontecimento traumático é caracterizado pelo imprevisível, força extrema (impacto) e causa externa, suscitando medo, desespero e horror às pessoas que o vivenciam. Os diferentes *stressores* traumáticos podem ser categorizados de acordo com o impacto sobre a vítima, o controlo, a previsibilidade e a duração da exposição. Os acidentes e raptos, por exemplo, são acontecimentos de elevada intensidade, limitados no tempo, para os quais as vítimas não tiveram oportunidade de se preparar previamente. Os acontecimentos também podem ter efeitos cumulativos inerentes à exposição repetida a situações traumáticas e a *stressores* sequenciais com particular predomínio no exercício de algumas profissões (polícia, bombeiros, equipas de emergência médica). Por último, a exposição de longa duração envolve incerteza, desesperança e altera a sensação de segurança, como acontece por exemplo em situações de abusos continuados, violência intra-familiar, situações de combate e outros (McFarlane & Girolamo, 1996).

A investigação mostra que a maioria das pessoas já experienciou pelo menos um acontecimento traumático durante a vida. Alguns autores verificaram que 69% das pessoas experimentam pelo menos um acontecimento traumático durante as suas vidas, sendo a PTSD prevalente em 24% das vítimas de trauma e 9% na população geral (Jaycox & Foa, 1998; Norris, 1992).

Um estudo realizado em Portugal encontrou igualmente uma taxa elevada de exposição, verificando que durante a vida 75% da população está exposta a pelo menos uma situação traumática e 43.5% a mais do que uma situação (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003).

Para além deste tipo de acontecimentos, a investigação tem-se debruçado sobre o impacto dos desastres naturais (furacões, sismos, vulcões), exposição a diversas situações de guerra, situações de rapto, violação, agressão física, acidentes de avião e de comboio, ataques terroristas e outros. De acordo com Resick (cit. in Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003), a exposição a acontecimentos traumáticos afecta o funcionamento interpessoal, o desempenho sexual, o funcionamento familiar, a capacidade de formar ou manter relações de amizade, a relação que as pessoas estabelecem consigo próprias a nível da auto-estima, autoconfiança, confiança no seu próprio julgamento ou nas crenças dos outros sobre o próprio. Podem ainda alterar o sentimento de segurança e de auto-suficiência bem como a susceptibilidade de ligação com outros, colocando as pessoas no caminho da fatalidade (afectando a saúde, o emprego, os relacionamentos interpessoais, e o confronto com a morte).

A investigação tem mostrado que a exposição a experiências de vida adversas durante a infância se correlaciona significativamente com o estado de saúde 50 anos depois da exposição. Por exemplo, um estudo mostrou que a probabilidade de durante a idade adulta se adquirirem comportamentos e hábitos tabágicos, consumo de drogas intravenosas e doença pulmonar obstrutiva crónica, depressão e a tentar suicídio está aumentada naqueles que foram vítimas. Para além destes, encontram-se ainda correlações estatisticamente significativas com a hepatite, doenças cardíacas, fracturas, diabetes, obesidade, alcoolismo, problemas na saúde ocupacional e na adaptação laboral (Felitti, 2002). Num estudo realizado em Portugal, Silva (2006) estudou 75 doentes com Obesidade mórbida e verificou existir uma forte relação entre adversidade, queixas físicas e sintomas psicopatológicos. Aliás, os sujeitos apresentavam uma média total de adversidade de 3.95 (DP=2.57) experiências, num total possível de 10, sendo que 12 participantes (18.7%) apresentavam diagnóstico de PTSD.

6.2. A Toxicodependência Como Acontecimento Traumático

A conceptualização da experiência da situação de dependência de substâncias, por parte de um familiar, enquanto evento traumático é delicada. Pois, se do ponto de vista clínico, ao nível da intervenção e acompanhamento das famílias, poderemos encontrar familiares que desenvolveram

sintomas de trauma devido à sua proximidade e convivência com adictos, do ponto de vista teórico são poucas as referências a esse respeito. De facto, até ao momento, somente Moore (1993) refere que o diagnóstico de PTSD não ocorre somente nos veteranos de guerra ou vítimas de crimes, mas também tem sido atribuído a situações de *overdose* de droga. Daí que, recolhendo informações junto da literatura de apoio dos grupos de auto-ajuda de familiares de toxicodependentes e das respostas às questões IA2 e IB2 do EARAT encontramos diversos relatos que fundamentam esta questão e que de seguida se apresentam.

Um dos cuidadores relata que ainda se recorda do dia em que encontrou o “filho em *overdose*, no quarto, quando o foi acordar de manhã”. Hoje em dia, mesmo com o filho abstinente e recuperado, sempre que o vai acordar fica ansiosa, pois lembra-se do “olhar vazio e da face branca como cal” e de “ter chamado o INEM”. Sente que nunca mais conseguiu “dormir descansada” e fica “incomodada só de pensar nisso”. Alguns cuidadores relatam como sentiam medo do comportamento agressivo dos seus familiares que, em “ressaca”, pressionavam, insultavam, ameaçavam (inclusive com objectos) roubavam e agrediam com o objectivo de conseguir dinheiro para o consumo de substâncias. Em casos extremos, como foi referido por duas participantes, os pacientes chegavam mesmo a expulsar a cuidadora de casa sob a ameaça de morte. De entre as situações mais frequentes tidas como traumatizantes, certos participantes mencionavam as suas próprias idas aos locais de venda das substâncias comprar os estupefacientes, ir “resgatar os filhos aos traficantes”, serem presentes a tribunal devido à prática de crimes menores dos seus familiares (roubos, agressões, burlas) e o isolamento social progressivo. Um outro aspecto referido com importante diz respeito aos problemas de saúde. Assim, é frequente estes cuidadores referirem o diagnóstico de HIV/SIDA nos pacientes como um momento “terrível” no qual sentem “o mundo desabar” e a “morte eminente/sentença de morte” do seu ente querido. Para além de outras consequências associadas à Dependência de Substâncias tais como acidentes rodoviários e a degradação física/mental generalizada. Alguns cuidadores indicam a repetição incessante de acontecimento comuns (à patologia) como levando a um progressivo embotamento afectivo, somente interrompido por algum evento mais grave, como traumatizante; “é como se estivéssemos num estado constante de alerta, não sabendo se ele chegaria bem a casa ou aparecia morto nalgum lado”, afirmam.

6.3. Exposição ao Trauma, Perturbação Aguda de *Stress* e PTSD

A perturbação aguda de *stress* é uma entidade clínica reconhecida no DSM-IV, que supõe que a pessoa tenha sido exposta a um acontecimento traumático, ou seja, tenha vivenciado um acontecimento que desencadeou uma resposta de medo intenso na pessoa que o experimentou, presenciou ou que foi confrontada com situações que envolveram ameaça de morte ou ferimentos. Esta perturbação tem uma duração compreendida entre os dois dias e as quatro semanas, isto é, ocorre nas primeiras quatro semanas que sucedem o acontecimento. Esta perturbação caracteriza-se pela presença de sintomas dissociativos, re-experienciação, evitamento, ansiedade e/ou activação, bem como mal-estar que perturbe significativamente o funcionamento adaptado (APA, 1996).

A dissociação tem sido um alvo de grande interesse na investigação recente, tendo dado origem a dois tipos de modelos. Num considera-se que o evitamento cognitivo impede o processamento emocional e a recuperação do trauma (van der Kolk & van der Hart, 1989 cit. in McNally, Bryant, & Ehlers, 2003), enquanto num segundo se considera que desempenha uma função protectora manifestada pela atenuação do impacto emocional do trauma quando ocorre durante a experiência traumática (Horowitz, 1986; Noyes & Kletti, 1977 cit. in McNally, et al., 2003).

A investigação recente mostra que a dissociação é um dos factores preditores para o desenvolvimento de PTSD. Por exemplo, Classen e colaboradores (1998) realizaram um estudo com 36 pessoas que presenciaram um ataque num edifício do qual resultaram alguns feridos e mortos. Da primeira avaliação, imediatamente após o acontecimento, 33% da amostra apresentava perturbação aguda de *stress*. No *follow-up*, 7 a 10 meses depois, verificou-se que a dissociação (sintoma fundamental para a perturbação aguda de *stress*), a re-experienciação, o evitamento, e a própria perturbação aguda de *stress* estão relacionados com a presença de sintomas de PTSD.

Inicialmente a perturbação de *stress* pós-traumático foi designada por “*shell shock*” (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003; Valentine, 2003), estando exclusivamente associada aos conceitos de “fadiga de combate” ou “neurose de guerra”, dado os primeiros estudos terem sido realizados com militares após a 1ª Guerra Mundial. Depois da 2ª Guerra Mundial foi criada uma categoria de diagnóstico formal referente a esta síndrome, designada por *Gross Stress Reaction*. Após a guerra ter terminado, a Administração de Veteranos desenvolveu um manual de

diagnóstico, o que incentivou a Associação Americana de Psiquiatria (APA) a desenvolver o seu primeiro manual (APA, 1952). Este manual era muito conciso e incluía um diagnóstico que contemplava as vítimas de *stress* durante e após a guerra. Este facto levou os psiquiatras a desenvolverem investigações sistematizadas sobre as consequências da exposição a campos de batalha e a outros *stressores* não-militares, como por exemplo catástrofes de massas: incêndios, acidentes de avião e desastres naturais. No DSM-II (APA, 1968), o diagnóstico *gross stress reaction* deixou de constar, mas as investigações científicas prosseguiram. O DSM-III (APA, 1980), marcado pela era pós - Vietname, continua a destacar aqueles que estiveram expostos a traumas e acontecimentos traumáticos de guerra (Andreasen, 2004). Desde então, no conceito e diagnóstico procuraram incluir-se outro tipo de situações traumáticas para além da guerra, que desencadeassem respostas semelhantes às que os veteranos de guerra apresentavam. Os critérios de diagnóstico da PTSD foram publicados em 1980 no DSM-III, e só em 1992 é que a Organização Mundial de Saúde os incluiu na Classificação Internacional das Doenças (CID-10) (Serra, 2003). A inclusão da perturbação aguda de *stress* e da PTSD na categoria das perturbações de ansiedade ou nas perturbações dissociativas foi também alvo de análise por parte dos investigadores. A perturbação aguda de *stress* e a PTSD assemelham-se às perturbações de ansiedade na medida em que os estímulos ambientais podem causar *distress* e desencadear respostas de pânico e medo intenso e em ambas as perturbações podem estar presentes pensamentos intrusivos acerca do acontecimento, o evitamento de estímulos perturbadores, a hipervigilância e hiperactivação (Brett, 1996). A vulnerabilidade genética, a predisposição psicológica, a sintomatologia e a resposta ao tratamento são, de acordo com Jones e Barlow (1990), pontos comuns entre a ansiedade e PTSD. Há no entanto alguns investigadores que se mostram contra a inclusão da PTSD nas perturbações de ansiedade, alegando que na PTSD a activação não se deve à simples ansiedade e não segue os mesmos padrões patofisiológicos (Brett, 1996). A necessidade de se estabelecer uma categoria de respostas de *stress* nos manuais de perturbações e a necessidade de conhecer e diferenciar melhor os mecanismos relacionados com a memória apoiam, segundo alguns, a criação de uma categoria própria (Brett, 1996). De uma outra perspectiva, o facto de as reacções pós-traumáticas não raras vezes serem acompanhadas de amnésia dissociativa e fuga dissociativa constituiria motivo de inclusão da PTSD nas perturbações dissociativas. Contudo, os opositores a esta corrente apoiam-se na dificuldade de definir concretamente a dissociação, e na proximidade da PTSD com a perturbação aguda de *stress* (Brett, 1996). Actualmente a Perturbação de *Stress* Pós-traumático é

uma das poucas perturbações do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) em que se estabelece uma relação linear entre a exposição a experiências traumáticas e o desenvolvimento de psicopatologia. A sintomatologia da PTSD inclui alterações a vários níveis: re-experienciação do acontecimento, evitamento de estímulos relacionados com o acontecimento e sintomas de activação (APA, 1996). A re-experienciação dos acontecimentos pode ocorrer sob a forma de pensamentos intrusivos, sonhos perturbadores recorrentes, ilusões, *flashbacks*, alucinações, mal-estar psicológico e reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos semelhantes ao acontecimento traumático. Os sintomas de evitamento observam-se na tentativa da pessoa evitar os pensamentos intrusivos, lugares, actividades ou pessoas que lhe recordem o acontecimento, bem como incapacidade em recordar aspectos do trauma, a diminuição da participação e interesse por outras actividades. Vivem-se ainda sensações de estranheza em relação aos outros e a percepção de futuro encurtado. Entre os sintomas de activação contam-se as dificuldades em dormir ou adormecer, a irritabilidade, as dificuldades de concentração, a hipervigilância e a resposta de alarme exagerada. A sintomatologia de PTSD deverá manter-se por um período de tempo superior a um mês, para que o diagnóstico seja efectuado. Se os sintomas se mantiverem por períodos de tempo inferiores a 3 meses considera-se que a PTSD é aguda, mas se os sintomas e o diagnóstico persistirem por 3 ou mais meses a PTSD diz-se crónica. O DSM-IV-TR (APA, 2002) refere ainda que o início pode ser dilatado quando os sintomas surgem, pelo menos, 6 semanas após o acontecimento traumático. Herman (cit. in Serra, 2003) considera que os actuais critérios de diagnóstico da PTSD derivam de sobreviventes de acontecimentos traumáticos circunscritos (situações de combate, violações, desastres), referindo que perante situações traumáticas repetidas e prolongadas o diagnóstico e situação clínica tende a complexificar-se, modificando significativamente a relação que o indivíduo estabelece com o mundo e consigo próprio. Na opinião de Serra (2003), estes casos seriam designados de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático Complexo, pois as vítimas apresentam alterações clínicas significativas na regulação do afecto, na consciência, na auto-percepção, na percepção do ofensor, no relacionamento com os outros e nos sistemas de significação. Alguns investigadores têm vindo a fazer alusão à importância da PTSD parcial, de tal forma que consideram nos seus estudos o desenvolvimento de PTSD subsindromal (por ex: Blanchard & Hickling, 1997). Nesta categoria inserem aqueles indivíduos que não apresentam os sintomas necessários para o preenchimento completo dos critérios de diagnóstico de PTSD, mas cujo funcionamento quotidiano está significativamente afectado.

6.4. Comorbilidade entre PTSD e outras perturbações mentais

A origem da palavra trauma provém do grego “trauma” que significa “ferida, choque contra o sistema. Os eventos traumáticos diminuem o equilíbrio das vítimas e deixam-nas em sofrimento, alteram o sentimento de segurança e auto-suficiência, bem como a sua susceptibilidade de ligação com os outros. As pessoas com *stress* traumático têm um sentimento perturbado de paz interior que afecta a sua produtividade, os seus relacionamentos pessoais e a sua qualidade de vida. As perturbações podem manifestar-se em dificuldades de concentração, diminuição da expressão emocional, disrupção das relações interpessoais, problemas de saúde mental devido a pensamentos intrusivos, respostas de alarme, pesadelos e aumento do consumo de serviços de saúde (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003). Os indivíduos com PTSD podem descrever sentimentos intensos de culpa por terem sobrevivido à situação traumática e outros não ou acerca de comportamentos que tiveram de ter de fazer para sobreviver. O evitamento fóbico das situações ou actividades que se assemelham ou simbolizam o trauma original podem interferir com os relacionamentos interpessoais e levar a conflitos conjugais, divórcio ou perda de emprego. Em *stressores* de natureza interpessoal podem ocorrer sintomas tais como modulação dos afectos deteriorada, comportamento impulsivo e autodestrutivo, sintomas dissociativos, queixas somáticas, sentimentos de ineficácia pessoal, culpa, desespero ou falta de esperança, sentimento de se estar permanentemente diminuído, perda de crenças, hostilidade, isolamento social, sentimento de ameaça constante, défice no relacionamento com os outros ou, até mesmo, uma alteração das características da personalidade. Pode ainda existir um risco aumentado para o desenvolvimento da Perturbação de Pânico, Agorafobia, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Fobia Social, Fobias específicas, Depressão, Perturbação de Somatização e Perturbações relacionadas com Substâncias (APA, 2002; Yehuda, 2002; Yehuda & McFarlane, 1997).

Para além das respostas emocionais, os eventos traumáticos também originam respostas fisiológicas. Estas são mediadas pelo sistema nervoso autónomo, especialmente no sistema de activação reticular do tronco cerebral, o hipotálamo e a glândula pituitária (por ex: Yehuda, 2002). A maioria das alterações da neuroquímica cerebral é temporária, no entanto, em alguns casos, a estrutura é modificada permanentemente (por ex: Bachmann, et al., 2005). Isto acontece pois as respostas traumáticas são armazenadas como sintomas somáticos; os pacientes desenvolvem queixas físicas que, quando não tratadas, pioram. Para além disso, as respostas traumáticas são resistentes à mudança e colocam a pessoa em risco de desenvolver estados de doença, tais como problemas neurológicos, dores de cabeça, problemas gastrointestinais, síndrome de cólon irritável,

sintomas ginecológicos e queixas físicas gerais (Maia, 2004).

6.5. Estudos acerca do PTSD em Cuidadores

O DSM III (APA, 1980) incluiu, o diagnóstico de PTSD, para descrever sintomas que afectam pessoas que passaram por um acontecimento psicologicamente doloroso. Incluem-se nesta categoria acontecimentos fora da faixa habitual da experiência humana, que representam sérias ameaças à vida da pessoa ou a de seus filhos e parentes próximos, tais como desastres naturais (terramotos, acidentes) ou acontecimentos provocados por terceiros (tortura, abuso de poder). Este manual também esclarece que o trauma pode ser vivenciado directamente ou secundariamente através da tomada de conhecimento de ameaças e danos à integridade física de amigos, parentes ou pessoas próximas.

A Perturbação Secundária de *Stress* Traumático (STSD) pode então ser definida como os comportamentos e emoções naturais resultantes da tomada de conhecimento de eventos traumatizantes experimentados por outros significativos. Consiste num processo de exaustão emocional gradual que não desaparece com o tempo de lazer. Para além disso, existe o risco de se criarem ciclos comportamentais fechados pois, este contacto prolongado com alguém com PTSD pode tornar-se assim num *stressor* crónico (Solomon, et al., 1992), onde o pressuposto subjacente é que existe um mecanismo de contágio do traumatizado para os elementos que com ele estabelecem relações significativas desenvolvendo estes últimos sintomas idênticos.

Existe uma série de situações que podem provocar *stress* numa família (Serra, 2003). Estas situações podem ser pontuais causando desgaste psicológico delimitado, até se resolver o problema, podem ser situações indutoras de *stress* crónico que se caracterizam por um desgaste psicológico que se prolonga no tempo até a situação ficar resolvida, ou podem ser acontecimentos traumáticos que têm efeitos graves, com tendência a prolongar-se no tempo, mesmo depois da causa original ter desaparecido. Pereira (2003) refere que a STSD (independentemente do trauma) afecta a família através de comportamentos de evitamento (intra e extra família), alienação e isolamento, suicídio, uso de substâncias, violência e desconfiança/ira.

De acordo com Figley (cit. in Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003) os membros da família podem ser traumatizados de quatro formas possíveis: Efeitos simultâneos (todos os membros são afectados pelo mesmo evento traumático, por ex: acidente de viação); Efeitos vicariantes (quando

ocorre uma catástrofe a um membro com o qual a família está incapaz de entrar em contacto directo, por ex: situação de guerra); Trauma intra-familiar (vários membros da família são traumatizados por um evento dentro da própria família, por ex: divórcio); Traumatização secundária (quando o *stress* traumático afecta a família pelo facto de estarem em contacto com o elemento vitimizado). Em qualquer uma destas situações os membros da família podem desenvolver perturbação secundária de *stress* traumático. Neste sentido, a ligação emocional e a vinculação que o indivíduo tem com a vítima de trauma, isto é, padrões de distância, desconfiança, defensividade que o traumatizado desenvolve e podem afectar negativamente o parceiro desenvolvendo nestes problemas.

Relativamente ao casal, Pereira (2003) realça que a dinâmica conjugal em casais em que ambos foram vítimas de um trauma, sofrem alterações; normalmente estes casais exibem fronteiras rígidas e permeáveis em que a comunicação praticamente não existe. O embotamento afectivo típico do PTSD cria dificuldades na expressão de sentimentos na relação marital impedindo que os membros estabeleçam uma relação próxima. Além disso, o distanciamento emocional encontra-se também associado a sentimentos de rejeição, isolamento conjugal e perturbações na relação sexual.

Arzi e colaboradores (2000) procuraram avaliar o impacto da experiência de trauma e de síndrome pós-concussional nas esposas destes pacientes. Verificaram que as participantes cujos maridos apresentavam PTSD e síndromas pós-concussional, apresentavam maiores índices de *burden* e *distress* que as esposas de maridos saudáveis. Relatavam mais sintomas de somatização, problemas obsessivo-compulsivos, depressão, ansiedade, ideação paranóide e psicoticismo para além de maior ira/raiva, suspeição e culpa que as esposas do grupo controlo. Calhoun e colaboradores (2002) estudaram esposas de veteranos de guerra com PTSD e encontraram resultados semelhantes. De facto, numa amostra de 71 esposas de veteranos com e sem PTSD, aquelas cujos maridos sofriam de PTSD, apresentavam maiores índices de *burden* e pior ajustamento psicológico. Dekel e colaboradores (2005) estudaram 215 veteranos com PTSD e suas esposas e verificaram que as esposas apresentavam um nível de *distress* emocional mais elevado e um nível de satisfação marital inferior aos da população normal. De acordo com estes autores, este *distress* estava mais relacionado com o *burden* percebido do que com o nível de invalidez do veterano. A mesma equipa (Dekel & Solomon, 2007), posteriormente realizou uma revisão extensa sobre os efeitos secundários do *stress* de combate nas esposas de veteranos de guerra. Verificou

que o impedimento físico e psicológico do paciente e o sentimento de sobrecarga nas esposas, previa o *distress* emocional da cuidadora e o (des)ajustamento marital. Galovski e Lyons (2004) estudaram o processo que conduzia à traumatização secundária e verificaram que seriam essencialmente os sintomas de embotamento e activação do veterano os melhores preditores de *distress* familiar e, em menor extensão, a ira/raiva do veterano. Ferruzza e colaboradores (2006) estudaram 39 cuidadores de pacientes com síndrome pós-concussional e compararam posteriormente os resultados com um grupo controlo. Verificaram que 56,4% dos cuidadores apresentavam critérios suficientes para o diagnóstico de PTSD. Para além disso, os cuidadores que relataram história de trauma durante a infância e experiências de dissociação/despersonalização apresentavam níveis acentuados de depressão e ansiedade em comparação com os participantes do grupo controlo.

Stuber e colaboradores (2003) trazem informações interessantes para a discussão ao relatarem que não é surpreendente ocorrerem casos de trauma em situações de saúde. Isto é, as situações nas quais existe perigo de vida para um membro da família, quer o paciente quer o seu cuidador podem exibir sintomas traumáticos associados às intervenções médicas e à própria condição de doença. Para que os profissionais possam estar atentos a este fenómeno deveremos ter em conta os factores desenvolvimentais, a natureza e gravidade do evento em si, o suporte social e a exposição pré-mórbida a situações de vida negativas. Seguindo esta linha de pensamento, Young e colaboradores (2003) estudaram 170 cuidadores de crianças que haviam tido um transplante. Descobriram que estes cuidadores não apresentavam níveis elevados de depressão e ansiedade mas apresentavam sintomatologia traumática elevada. De facto, esta sintomatologia estava fortemente associada com os relatos dos cuidadores acerca da saúde dos pacientes, com o impacto familiar do transplante e com as atitudes face aos profissionais de saúde. Dew e colaboradores (2004) inicialmente colocaram a hipótese de que, tratando-se de uma intervenção médica com benefícios implícitos, isso poderia levar a menores índices de *distress* entre os cuidadores. Para tal, acompanharam 190 cuidadores durante 3 anos após o transplante, fazendo quatro avaliações psicossociais (2, 7, 12, 36 meses após o transplante). Verificaram que os níveis de depressão e de desordens de ansiedade igualavam ou excediam os níveis verificados noutras populações de cuidadores. Em relação ao PTSD, 22,5% dos cuidadores abordados apresentavam sintomas suficientes para diagnóstico, sendo que 56,3% destes ocorriam durante o 1º ano após o transplante (após o 1º ano, os níveis decresciam, ao contrário de todas as outras perturbações). Os factores de

risco associados ao aparecimento de perturbação psicológica eram: história de doença psiquiátrica, maiores responsabilidades de cuidado pós-transplante, pobre relacionamento com o paciente, desemprego do cuidador, idade do cuidador mais jovem, menor sensação de mestria pessoal e elevado uso de estratégias de evitamento.

Capítulo VII – Psicofisiologia da Emoção e Toxicodependência

7.1. Principais Modelos Fisiológicos e Cognitivos da Emoção

A teoria de James-Lange é provavelmente a mais conhecida das teorias da emoção fruto da controvérsia que durou cerca de 110 anos. Foi proposta quase simultaneamente por William James e Carl Lange em 1884/1885. A definição de James limitava o seu campo às emoções com uma expressão corporal distinta, uma vez que o seu objectivo era distinguir entre os processos mentais que não têm expressões simultâneas fisiológicas óbvias e aqueles em que ocorrem modificações directas mais facilmente observáveis. Ele caracterizou a emoção como sendo que é algo mentalmente percebido, essa percepção provoca um afecto mental (a emoção) e é produzida uma expressão corporal (Strongman, 2004). Nesta concepção, nós sentimos-nos tristes porque choramos e sentimos medo porque o coração bate mais rapidamente (Hugdahl, 1998). Os pontos principais da teoria consistem em que o *feedback* aferente dos órgãos perturbados provoca o aspecto sensível da emoção, qualquer actividade cortical proveniente desse *feedback* é a própria emoção (Strongman, 2004). A experiência emocional é a consequência da percepção interna das modificações fisiológicas específicas que acompanham cada emoção, estando a qualidade emocional dependente das modificações corporais específicas (Castellar, 2000). Para este autor, as vísceras desempenham um papel tão importante quanto os músculos voluntários. James e Lange também assumem a existência de emoções discretas, com uma base instintiva e sendo separáveis de certas sensações. Assim, os estímulos provenientes de cores e sons conduzem não só a sensações não emocionais numa dimensão agradável/desagradável mas também a sensações não emocionais de interesse/excitação, tendo por base a actividade intelectual (Strongman, 2004). Um aspecto interessante diz respeito às divergências entre James e Lange. Assim, enquanto James falava sobre as respostas corporais de uma forma mais geral e incluía a actividade motora como uma resposta significativa enquanto Lange restringia as alterações fisiológicas ao sistema cardiovascular, incluindo as mudanças nos vasos sanguíneos periféricos (Hugdahl, 1998). Em resumo, esta teoria assume-se como periférica, fisiológica e defensora da especificidade (Castellar, 2000).

As ideias de Cannon sobre a emoção foram publicadas em primeiro lugar como reacção às de James e em segundo lugar para propor uma teoria alternativa. Cannon fez cinco críticas principais: a produção artificial de modificações viscerais não parece provocar emoções; não existe (ou não existia ao tempo) evidência de padrões de resposta visceral à emoção; os órgãos viscerais

são pouco sensíveis, daí que qualquer *feedback* proveniente deles teria pouca utilidade na diferenciação das emoções; mesmo que as vísceras sejam cirurgicamente desligadas do sistema nervoso, continuará a existir comportamento emocional, sem que se possa produzir respostas viscerais; e, as vísceras reagem lentamente. A emoção pode ocorrer apenas um segundo após estimulação externa, sendo por vezes, de forma subjectiva, percebida mais rapidamente (Strongman, 2004). A postura deste autor pode ser definida como centralista, uma vez que considerava que a emoção era produzida exclusivamente a nível do sistema nervoso central, entre determinadas estruturas subcorticais (tálamo) e o córtex cerebral. De acordo com Cannon, o processamento cognitivo de uma situação emocional implica directamente os órgãos sensoriais, o tálamo e o córtex. Sendo que as interacções entre o tálamo e o córtex são suficientes para produzir a experiência emocional. O tálamo, por sua vez, enviará sinais eferentes até às vísceras e ao sistema motor, produzindo alterações corporais periféricas, mas que não influenciarão a qualidade emocional. A qualidade emocional dependerá exclusivamente dos processos cognitivos centrais, isto é, “sinto-me triste porque me deram uma má notícia” ou “sinto medo porque sei que estou numa situação perigosa”. As alterações corporais periféricas são gerais para todas as emoções e contribuem unicamente para aumentar ou diminuir a intensidade/energia emocional (Castellar, 2000). Para além disso, o autor era da opinião de que o sistema nervoso autónomo estava envolvido na reacção de emergência que suporta a reacção de “fuga ou luta” nas situações que elicitam medo ou ira (Hugdahl, 1998) e não no processo emocional propriamente dito. Um seguidor, de nome Bard, propôs novas estruturas e circuitos subcorticais envolvidos no processo emocional, daí que esta teoria seja conhecida por Cannon-Bard. Em resumo, esta teoria pode ser definida como centralista, cognitiva e defensora da dimensionalidade (Castellar, 2000)

Peter Lang propôs um modelo integrador tentando superar as dicotomias tradicionais entre emocional-cognitivo, periférico-central ou dimensional-específico. Para tal, sugeriu que a emoção não seja entendida como um fenómeno unitário mas sim como implicando três sistemas de respostas relativamente independentes: o comportamento, o registo verbal e as alterações fisiológicas. O modelo de Lang implica a existência de uma organização hierárquica com um nível inferior onde predominam os padrões específicos da resposta emocional (especificidade) e um nível superior onde predominam as disposições dimensionais (dimensionalidade). As emoções têm subjacente uma topografia filogenética e comportamental específica decorrente do processo evolutivo dos comportamentos adaptativos (procura de alimentos, luta pelo território, ...). Daí que os actos emocionais específicos se podem agrupar pois partilham determinadas dimensões da resposta

(maior ou menor intensidade, valência positiva ou negativa, controlo da sequência comportamental (Lang, 1979). Basicamente, este modelo (bio-informativo) defende que a emoção é uma disposição para uma acção, determinada por uma estrutura específica de informação na memória. Esta estrutura quando é activada são produzidas manifestações cognitivas, comportamentais e fisiológicas da emoção. A estrutura da emoção na memória é formada por dados codificados simbolicamente e organizados numa rede associativa. Esses dados são relativos a respostas verbais, comportamentais e fisiológicas de modo a que os componentes periféricos da emoção também estão representados na estrutura central. Deste modo esta estrutura é simultaneamente periférica e central, emocional e cognitiva, dimensional e específica (Castellar, 2000).

7.2. Peter Lang e o *International Affective Picture System*

Com base na sua teoria Bio-Informativa (também conhecida por Teoria do Processamento Emocional), Lang desenvolveu o conceito de imagiologia emocional (*emotional imagery*) que tinha na sua base a fundamentação de terapias imagéticas, utilizando essencialmente a dessensibilização sistemática. Inicialmente, realizou treino imagético de dessensibilização em dois grupos de pessoas com fobia (cobras e falar em público). Após o treino foram apresentados aos sujeitos itens relevantes com as suas fobias. Verificou-se que os indivíduos com fobia a cobras evidenciavam aumentos mais significativos em termos de batimentos cardíacos que os fóbicos sociais, com uma intensidade crescente de medo experienciado. Os sujeitos com fobia a cobras também relatavam imagens emocionais mais vívidas, corroboradas por relatos verbais e respostas psicofisiológicas. Esta experiência levou os autores a concluir que os sujeitos que receberam treino imagético, quer fosse em termos de estímulo ou de resposta, apresentavam uma resposta psicofisiológica aumentada e relatos verbais mais intensos das imagens criadas (Lang, Kozak, Miller, Levin, & McLean, 1980). Posteriormente, apoiado na investigação sobre o pestanejar no reflexo de alarme (*eyeblick startle reflex*), Lang colocou a hipótese de que a alocação dos recursos do processamento interagia com a amplitude do reflexo. Isto é, a amplitude do pestanejar seria menor quando os recursos do processamento estão deslocados para a tarefa principal, daí que quanto mais interessante é esta tarefa, menor será a amplitude do pestanejar (Hugdahl, 1998).

Lang (1977, 1979) sugeriu a conceptualização do medo em termos de uma representação proposicional. Isto é, o medo seria representado em rede na memória com três tipos de informação: estímulos da situação, respostas verbais, fisiológicas e comportamentais, e sobre o significado dos

estímulos e dos elementos da resposta da estrutura. Esta estrutura de informação é concebida como um programa comportamental de fuga ou evitamento. A reactividade fisiológica associada à resposta de medo é determinada por esta estrutura, daí que a sua medição pode dar pistas sobre a composição da estrutura do medo. Pensa-se que estas respostas reflectem protótipos de comportamento aberto, isto é, são réplicas atenuadas das acções. Para além disso, assume-se que o material evocativo é paralelo ao da estrutura de memória evocada. As memórias evocadas nas situações de medo também reflectem a estrutura, podendo ser analisadas em termos de estímulos, resposta e significado. Assim, coloca-se a hipótese da estrutura da memória evocada depender em parte da estrutura do material evocativo e ser reflectido nos relatos fisiológicos eferentes e em medidas de auto-relato (Foa & Kozak, 1986).

A memória de medo é acedida quando é apresentada informação a um indivíduo que corresponde em parte à estrutura informativa. É necessário que um número de elementos informativos críticos seja correspondido, para que a totalidade da memória de medo seja activada, sendo que alguns elementos são especialmente importantes na evocação da estrutura do medo. De acordo com Lang, as fobias intensas poderão ser caracterizadas por estruturas extremamente coerentes que podem ser evocadas por informação correspondente mínima (Lang, 1977). No entanto, parecem existir diferenças individuais na capacidade de visualizar imagetivamente situações de medo. Esta capacidade, entendida como preexistente, pode alterar o processamento emocional durante a exposição aos estímulos (Foa & Kozak, 1986; Levin, Cook, & Lang, 1982).

Os efeitos da valência emocional na modificação do reflexo de alarme têm sido investigados por Lang e a sua equipa, utilizando um paradigma experimental que envolve o *International Affective Picture System*. Este instrumento consiste num conjunto de *slides* fotográficos com conteúdos positivos (por ex: bebé sorridente, nú atraente, cavalo), negativos (por ex: cobra, morte violenta, criança esfomeada) e neutros (por ex: edifício, face neutra, cogumelo) (Lang, Bradley, & Cuthbert, 2005; Lang, Ohman, & Vaitl, 1988). No procedimento experimental padrão, imagens seleccionadas e breves silvos de alarme (*auditory startle probes*) são apresentados aos sujeitos, enquanto são recolhidos os sinais psicofisiológicos. Cada imagem é habitualmente apresentada durante 6 segundos, com um espaçamento entre 16 e 24 segundos. O sinal acústico é apresentado durante 50 milissegundos sob a forma de ruído branco (*white noise*) com um tempo muito alto de elevação. Os estímulos sonoros são apresentados várias vezes, espaçados irregularmente, durante o tempo de visionamento da imagem (6 segundos) (Hugdahl, 1998).

Este procedimento tem sido utilizado e modificado mediante as exigências específicas de

cada tema e tem sido útil no estudo de reconhecimento de faces (Drago, Foster, Skidmore, Trifiletti, & Heilman, 2008; Dru & Cretenet, 2008; Ribeiro, Teixeira-Silva, Pompéia, & Bueno, 2007), identificação de emoções (Sánchez-Navarro, Martínez-Selva, Torrente, & Román, 2008; Silani, et al., 2008), mapeamento cerebral (Caseras, et al., 2007; Herrmann, et al., 2008), estudos de lateralidade cerebral (Aftanas, Varlamov, Pavlov, Makhnev, & Reva, 2001; Aftanas, Varlamov, Pavlov, Makhnev, & Reva, 2002), modulação cerebral (Gilman & Hommer, 2008; Heinzl, et al., 2005; Schachinger, et al., 2008), tratamento de diversas perturbações emocionais (Jayaro, de la Vega, Díaz-Marsá, Montes, & Carrasco, 2008; Knapp & Caminha, 2003; Lee, et al., 2007; Lulé, et al., 2005; Mataix-Cols, et al., 2008) e tarefas de *stress* induzido (Buchholz, et al., 2001; Costa, 2001; Heponiemi, Ravaja, Elovainio, & Keltikangas-Järvinen, 2007).

O conceito de imagiologia emocional é especialmente relevante para este estudo e, apesar de serem escassos os estudos que utilizaram o IAPS na avaliação do PTSD, a literatura demonstra que está presente num grande número de investigações. De acordo com a teoria Bio-Informativa, ao PTSD corresponderá uma estrutura de memória em rede altamente coerente, que está em constante vigilância para um conjunto de estímulos. Os estímulos podem ser os específicos do trauma como também aqueles com alguma semelhança, estando ligados a um sistema de activação emocional responsável pela resposta fisiológica. Assim, Pitman e colaboradores (1987) utilizaram imagens extraídas do IAPS (com valência positiva, negativa e neutra) num procedimento experimental mais complexo, tendo sublinhado a importância da utilização dessas imagens na distinção entre veteranos de guerra com e sem PTSD. Estes autores repetiram a passagem dos blocos de imagens com o objectivo de compararem a activação fisiológica (batimentos cardíacos, condutância da pele, electromiografia) entre apresentações. Deste modo verificaram que os veteranos com PTSD tinham níveis crescentes de activação fisiológica. Posteriormente, diversos autores utilizaram procedimentos semelhantes noutras amostras, comprovando a sua validade (Shalev, Orr, & Pitman, Lindauer, et al., 2006; Orr, et al., 1998; Orr, Pitman, Lasko, & Herz, 1993; 1993).

Nas investigações que avaliaram o PTSD em pessoas que assistiram a actos passíveis de originar trauma também foi utilizada a mesma metodologia, quer em termos da escolha das imagens com diferentes valências, quer em termos da repetição da passagem dos blocos de imagens (Carson, et al., 2000; Wolfe, et al., 2000). Apesar de os resultados não mostrarem diferenças significativas consistentes entre os grupos em termos da exposição diferenciada a estímulos com valências diferentes na avaliação do PTSD, esta utilização tem-se mostrado

importante na avaliação e intervenção de situações de perturbações de pânico, fobias e depressão (Lang & McTeague, 2009; Lee, et al., 2007). Numa área relacionada, a revisão da literatura também tem demonstrado que a exposição a situações de conflito relacional/familiar (valência negativa) em matriz audiovisual, está associada a alterações fisiológicas ao nível dos batimentos cardíacos e actividade electrodérmica (El-Sheikh, 1994; El-Sheikh, Erath, Buckhalt, Granger, & Mize, 2008; El-Sheikh, Harger, & Whitson, 2001; Nealey-Moore, Smith, Uchino, Hawkins, & Olson-Cerny, 2007)

Apesar de a literatura ser omissa em relação à avaliação psicofisiológica de familiares que têm de lidar com situações de Dependência de Substâncias, em que a possibilidade de PTSD se encontra presente, poderá também ocorrerem alterações fisiológicas diferenciadas perante estimulação com diferentes valências.

O estudo empírico que a seguir é descrito pretende testar esta possibilidade.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo VIII – Metodologia

8.1. Objectivos, Questões e Hipóteses

A literatura científica produzida até a esta altura tem demonstrado a importância do estudo das variáveis psicossociais e fisiológicas nos cuidadores informais de pessoas com condições médicas e psicopatológicas. No entanto, os cuidadores de toxicodependentes e alcoólicos têm sido negligenciados, não sendo do conhecimento científico a sua caracterização sócio-demográfica, nem o impacto psico-socio-fisiológico da vivência com a Dependência de Substâncias.

Os objectivos específicos deste estudo são:

- 1 - Caracterização dos cuidadores informais de Dependentes de Substâncias em termos sociodemográficos, de modo a que seja possível uma melhor compreensão desta população;
- 2 – Avaliar a morbilidade psicológica em termos de Depressão e *Distress* Psicológico, a Sobrecarga (*Burden*), o Suporte Social, a Qualidade de Vida e o *Coping* Familiar dos cuidadores informais de Dependentes de Substâncias;
- 3- Avaliar a reactividade fisiológica numa situação de *stress* experimentalmente induzida, em termos de batimentos cardíacos, condutância da pele e níveis de cortisol salivar (CAR, AUCg e AUCi).

O desenvolvimento do processo de investigação orientou-se no sentido de dar resposta às seguintes questões:

- 1) Existem diferenças entre os cuidadores com e sem diagnóstico de PTSD em relação à morbilidade psicológica, trauma psicológico, suporte social, *coping* familiar e à reactividade emocional?
- 2) Qual a contribuição das diferentes variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicológicas, para a sobrecarga e a morbilidade psicológica nos cuidadores?
- 3) Existem variáveis que discriminem cuidadores com e sem sobrecarga?
- 4) Será que o *coping* familiar modera a relação entre a sobrecarga e o trauma psicológico nos cuidadores?
- 5) Será que a sobrecarga medeia a relação entre o *distress* psicológico e a reactividade emocional nos cuidadores?

Com base nestas questões colocaram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Esperam-se diferenças entre cuidadores com e sem diagnóstico de PTSD ao nível da morbilidade psicológica (Depressão e *Distress*), Sobrecarga, Suporte Social, *Coping* Familiar e da reactividade emocional (batimentos cardíacos, condutância da pele, níveis de cortisol salivar).

Hipótese 2: Espera-se que as variáveis clínicas/psicossociais e fisiológicas contribuam de forma diferente para a Sobrecarga e o Suporte Social nos cuidadores de Dependentes de Substâncias.

Hipótese 3: Espera-se que as variáveis psicossociais e fisiológicas discriminem cuidadores com Sobrecarga dos sem Sobrecarga.

Hipótese 4: Espera-se que o *Coping* Familiar seja uma variável moderadora entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga, em cuidadores de Dependentes de Substâncias.

Hipótese 5: Espera-se que a Sobrecarga seja uma variável mediadora entre o *Distress* Psicológico e a reactividade emocional (batimentos cardíacos, condutância da pele, níveis de cortisol salivar), em cuidadores de Dependentes de Substâncias.

8.2. Método

8.2.1. População e Amostra

Este estudo foi realizado com 156 pessoas, de ambos os géneros, recrutadas junto de comunidades terapêuticas de tratamento de problemas de Dependência de Substâncias, de grupos de auto-ajuda a familiares de Dependentes de Substâncias e de serviços comunitários (escolas, universidades, grupos recreativos, etc.) da zona Norte de Portugal. Após a apresentação dos objectivos genéricos, os indivíduos solicitaram voluntariamente a participação no estudo, dando-se início ao procedimento experimental propriamente dito (cf. 8.5.1). Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra de conveniência, seguindo um desenho metodológico correlacional. Foram definidos como critérios de exclusão: participantes que apresentavam algum problema oftalmológico não corrigido (por óculos ou lentes), apresentar história, sinais ou sintomas que possam ser suspeita da existência de Perturbação Esquizofrénica. Para o grupo não-cuidador foi

ainda definido como critério de exclusão serem cuidadores de algum paciente com uma doença crónica ou debilitante.

Os familiares foram distribuídos por grupos em função do tempo de abstinência dos familiares de quem cuidavam, sendo ainda constituído um grupo com participantes que não desempenhavam funções de cuidador. Sendo assim, o Grupo 1 era constituído por 45 cuidadores cujos familiares não estavam abstinentes, o Grupo 2 por 39 cuidadores cujos familiares estavam abstinentes há menos de 5 anos, o Grupo 3 por 36 cuidadores cujos familiares estavam abstinentes há mais de 5 anos e o Grupo 4 por 36 participantes que não desempenhavam funções de cuidador.

8.2.2. Material

O material utilizado para a recolha dos indicadores psicofisiológicos foi o seguinte: computador portátil (LG-P1, processador T2300 a 1,66 GHz com 2Gb de RAM, placa gráfica ATI X1400), monitor LCD (Hyundai B70A), interface I-330-C2+ de 6 canais, sensores (MC-6SY, SE-35, MC-5D) e *software* USE3 da Physiobab (J&J Engineering, 2004), Microsoft Office Powerpoint 2003, Salivettes (Sarstedt, Germany), algodão hidrófilo, álcool a 70°, gel de facilitação da condutividade JE-24. As características técnicas do material de recolha dos sinais psicofisiológicos podem ser consultadas *online* (J&J Engineering, 2004). As figuras 5, 6, 7, 8 e 9 mostram o interface I-330-C2+ de 6 canais, os sensores MC-6SY, SE-35, o sensor MC-5D, o gel de facilitação da condutividade JE-24 e um kit Salivette, respectivamente.



Figura 5. Interface I-330-C2+ 6 canais



Figura 6. Sensores MC-6SY e SE-35



Figura 7. Sensor MC-5D



Figura 8. Gel de facilitação da condutividade JE-24



Figura 9. Kit Salivette e esquema de utilização

O instrumento de visualização foi construído a partir de 54 imagens retiradas do *International Affective Picture System* (Lang et al., 2005). Inicialmente seleccionaram-se 18 imagens com valência positiva, 18 imagens com valência negativa e 18 imagens com valência neutra, a partir dos estudos de normalização do IAPS para as populações norte-americanas (Lang et al., 2005), brasileiras (Ribeiro, Pompeia, & Bueno, 2005) e espanholas (Moltó, et al., 1999). O critério utilizado foi a adequação à temática do estudo e os maiores valores de valência medidos pelo *Self-Assessment Manikin* (Lang, 1980). As imagens com valência negativa retratavam situações relacionadas com o abuso de substâncias (indivíduo com uma seringa no braço, indivíduo na prisão, indivíduo em suporte de vida no hospital, acidente rodoviário, agressões, etc.). Posteriormente, durante uma experiência piloto seleccionaram-se as “melhores” 15 imagens de cada valência por meio de um questionário escrito informal, onde os participantes respondiam ao pedido “Por favor, classifique as imagens seguintes de acordo com a sua qualidade para representar uma imagem (positiva, negativa, neutra)”, numa escala de 5 pontos (Muito má, Má, Aceitável, Boa, Muito Boa).

Os 6 indivíduos que realizaram o estudo piloto eram cuidadores de Dependentes de Substâncias que não completaram o restante procedimento experimental por auto-exclusão (não tinham disponibilidade de tempo). Sendo que a sua participação ficou restrita a este estudo piloto. De seguida, utilizando-se o Powerpoint, criou-se uma apresentação automática com tempos definidos, definida para correr num monitor secundário. Assim, existiam dois blocos de 2 minutos, no início e a meio da apresentação, no qual é apresentado um *slide* totalmente preto e que correspondia aos períodos de *baseline* (*baseline 1* e *baseline 2*).

Finalmente, foram introduzidas as 45 imagens seleccionadas, em 15 blocos com 3 imagens cada (valência positiva, negativa e neutra) de forma contrabalanceada, para evitar os efeitos de primazia e recência nos observadores. O tempo de apresentação de cada imagem foi de 6 segundos com um espaçamento de 16 segundos (*slide* totalmente preto). Para possibilitar uma comparação posterior dos resultados fisiológicos, o mesmo conjunto de imagens foi colocado após a segunda *baseline*.

Tabela 1. Cronograma e alinhamento das imagens utilizadas no instrumento de visualização

| | Instrumento de visualização | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|
| | <i>Baseline 1 (2 min.)</i> | | | | | |
| Bloco 1.1 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.2 | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.3 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.4 | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.5 | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.6 | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.7 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.8 | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.9 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.10 | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.11 | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.12 | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.13 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.14 | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 1.15 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| | <i>Baseline 2 (2 min.)</i> | | | | | |
| Bloco 2.1 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.2 | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.3 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.4 | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.5 | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.6 | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.7 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.8 | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.9 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.10 | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.11 | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.12 | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.13 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.14 | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |
| Bloco 2.15 | Neg (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Pos (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) | Neu (6 seg.) | Slide preto (16 seg.) |

As imagens seleccionadas foram recodificadas tendo em conta a sua valência e o posicionamento no alinhamento. Assim, as imagens positivas com o número original 1440, 1604, 1710, 1750, 1811, 1900, 2341, 2360, 2540, 2550, 2660, 5200, 5760, 5831 e 8420 passaram a ter a referência pos1.1, pos1.2 até pos1.15, o mesmo sucedendo para as imagens negativas 2710, 2751, 2752, 2753, 3220, 3230, 6010, 6250, 6360, 6550, 9007, 9102, 9910, 9911 e 9912, que passaram a ter a referência neg1.1 até neg1.15 e com as imagens neutras 6150, 7002, 7006,

7009, 7010, 7020, 7025, 7030, 7040, 7050, 7150, 7175, 7185, 7190 e 7235 que passaram a ter a referência neu1.1 até 1.15. As mesmas imagens no segundo bloco foram renomeadas e passaram a ter a referência pos2.1 até pos2.15, neg2.1 até neg2.15 e neu2.1 até neu2.15. O alinhamento final está patente na tabela 1.

Uma vez que teriam de correr dois programas simultaneamente – um de visualização (Powerpoint) e outro de recolha dos sinais fisiológicos (USE3), para uma interpretação mais fiel dos dados, foi criada uma tarefa personalizada no *software* USE3. Assim, de modo a que a visualização das imagens no instrumento criado no Powerpoint coincidisse com a tarefa do USE3, editou-se uma rotina de forma a mimetizar os tempo de apresentação dos slides com as imagens. A figura 10 representa o ecrã de edição de uma tarefa. A figura 11 representa o ecrã com os resultados da condutância da pele de um sujeito, as tarefas personalizadas estão patentes no eixo da abcissa a diferentes cores.

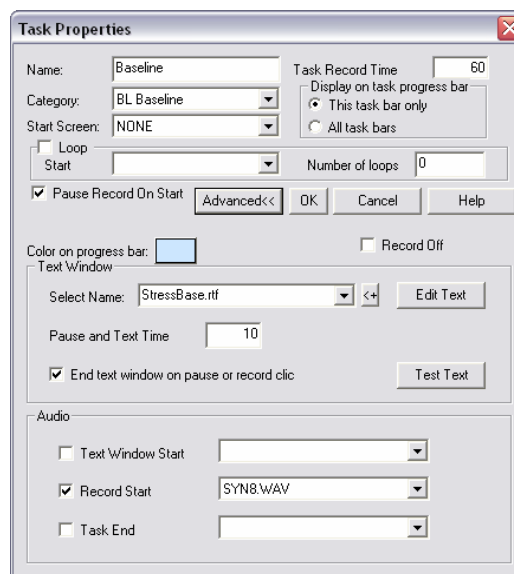


Figura 10. Ecrã da edição de uma tarefa no USE3

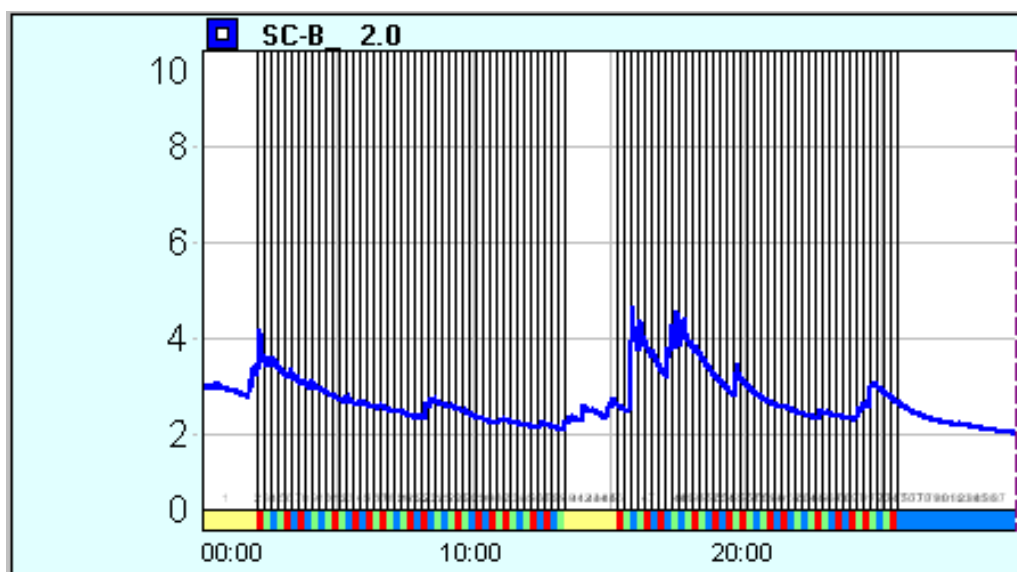


Figura 11. Ecrã do resultado da condutância da pele de um participante. As tarefas personalizadas estão patentes no eixo da abcissa a diferentes cores (amarelo – *baseline*, vermelho - imagens negativas, verde – imagens neutras, azul – imagens positivas)

8.3. Variáveis Estudadas

As variáveis foram seleccionadas tendo em consideração as questões de investigação e as hipóteses formuladas.

As variáveis sócio-demográficas são:

- a) Idade;
- b) Sexo;
- c) Estado civil;
- d) Idade do adicto;
- e) Coabitação com o adicto;

As variáveis clínicas/psicossociais são:

- f) Existência de doença crónica/debilitante.
- g) Duração da Dependência de Substâncias;
- h) Tempo de abstinência;

- i) Principal substância utilizada (álcool, heroína, cocaína, haxixe, ecstasy/LSD, drogas prescritas);
- j) Modo usual de utilização da substância (ingerida, inalada, fumada, injectada);
- k) Número de tratamentos efectuados (desintoxicação em ambulatório, desintoxicação em internamento, internamento em comunidade terapêutica);
- l) Existência de consequências legais do uso de substâncias;
- m) Existência de consequências ao nível da saúde.

As variáveis psicológicas são:

- n) Morbilidade Psicológica (Depressão, *Distress*);
- o) Sobrecarga (*Burden*);
- p) Trauma Psicológico (diagnóstico de PTSD, número de sintomas traumáticos);
- q) Qualidade de Vida;
- r) Suporte Social;
- s) *Coping* Familiar.

As variáveis fisiológicas são:

- t) Batimento Cardíaco (*Baseline*, Reactividade – Imagens positivas, Reactividade – Imagens negativas, Reactividade – Imagens neutras);
- u) Condutância da Pele (*Baseline*, Reactividade – Imagens positivas, Reactividade – Imagens negativas, Reactividade – Imagens neutras);
- v) Cortisol Salivar (CAR, AUCg, AUCi).

8.4. Instrumentos de Avaliação

8.4.1. Questionário Clínico e Sócio-Demográfico

Este questionário integra questões com vista à recolha de dados sócio-demográficos do cuidador tais como o sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão. Numa segunda parte, o cuidador fornece informações acerca da pessoa de quem cuida, incluindo dados sócio-demográficos, dados referentes aos consumos/consequências do uso de substâncias. O objectivo deste instrumento é o de avaliar a percepção que o cuidador tem, acerca dos consumos do familiar e das consequências da dependência de substâncias (ver Anexo 1).

8.4.2. *Beck Depression Inventory* (BDI)

O instrumento original foi criado em 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Ao longo dos anos o BDI tornou-se um dos instrumentos mais utilizados, não apenas para a avaliação da intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos como para a detecção de estados depressivos na população normal (Beck, Streer, & Garbin, 1988).

Cotação/Interpretação

O modo de resposta a cada um dos itens tem a forma de Gutman, ou seja, são apresentadas 4 frases e destas o sujeito terá de escolher uma que melhor descreva a forma como se tem sentido durante a última semana, incluindo o dia de preenchimento. A escala pode ser auto-administrada ou hetero-administrada, levando 10 a 15 minutos a preencher. Os resultados em cada um dos itens podem ir de 0 (baixo) a 3 (alto), reflectindo a gravidade da sintomatologia depressiva. O resultado total neste inventário pode ir de 0 a 63. Contudo, diferentes investigadores utilizam diferentes pontos de corte. Aqueles que são mais habitualmente usados, baseados em dados normativos, referem que resultados de 0 a 9 indicam ausência de depressão, de 10 a 15 estamos perante uma depressão leve/média, 16 a 19 estamos perante uma depressão moderada, de 20 a 29 perante uma depressão moderada a severa e de 29 em diante estamos perante um caso de depressão severa (McIntyre & Araújo-Soares, 1999; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).

Características Psicométricas

Quanto à validade e à estrutura factorial, a escala correlaciona-se muito positivamente com a avaliação realizada pelos terapeutas e com outras escalas que também avaliam a depressão (McIntyre & Araújo-Soares, 1999). Numa revisão de estudos realizados com a escala desde 1961 até 1986 por Beck e colaboradores (1988), demonstrou-se que a validade convergente do BDI era bastante elevada. Assim, as correlações médias para pacientes psiquiátricos com outra escala de avaliação de depressão (Escala de Hamilton) são de .70 sendo para pacientes não psiquiátricos superior a .74.

As análises factoriais desta escala revelam habitualmente três factores inter-correlacionados: atitudes negativas ou suicídio, distúrbio fisiológico e dificuldades de realização. No entanto, quando os factores de segunda ordem são retirados, fica apenas o de depressão (Beck, et al., 1988).

Quanto à fidelidade, verificou-se uma elevada consistência interna da escala. A fidelidade *Split-half*, com 97 dos sujeitos era de .86. Uma meta-análise da consistência interna relatada revela

um coeficiente *alpha* médio de .86 para pacientes psiquiátricos e de .81 para sujeitos que não são pacientes psiquiátricos (Beck, et al., 1988). Estes dados, levam a concluir que a escala apresenta boas características psicométricas, tanto em população psiquiátrica como não psiquiátrica.

Versão Portuguesa

A versão portuguesa mais recente foi desenvolvida no contexto de diversos projectos de investigação tendo o estudo de validade decorrido numa amostra de pacientes com dor crónica (Araújo-Soares, 1999). Este estudo decorreu num universo de 69 pacientes com dor crónica, com uma média de 15,28 e um desvio padrão de 8,9. No sentido de avaliar a fiabilidade da escala procedeu-se ao cálculo do coeficiente *alpha* de *Cronbach* que foi de .86, indicando uma fiabilidade elevada da escala nessa amostra.

Na análise factorial realizada derivaram-se duas subescalas. A primeira constituída por treze itens e parece referir-se a uma dimensão cognitiva da depressão e a segunda é constituída por apenas 8 itens e parece referir-se a uma dimensão somática da depressão. O coeficiente *alpha* de *Cronbach* da primeira subescala é de .84 e da segunda de .76. A análise factorial de componentes principais seguida de rotação *varimax* explicou 40,7% da variância com estes dois factores (Araújo-Soares, 1999).

Versão do Estudo

O estudo da consistência interna dos 21 itens do instrumento nesta amostra está representado na tabela 2.

Tabela 2. Coeficientes de consistência interna do *Beck Depression Inventory* - 21 itens (N = 150) Sumário da escala: Média = 11,19; Desvio Padrão = 7,40; *Alpha* de *Cronbach* = .84

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | <i>Alpha</i> se o item for eliminado |
|---------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| BDI - item A | 10,67 | 49,647 | ,495 | ,835 |
| BDI - item B | 10,86 | 51,021 | ,425 | ,838 |
| BDI - item C | 10,97 | 51,415 | ,412 | ,839 |
| BDI - item D | 10,46 | 49,217 | ,560 | ,833 |
| BDI - item E | 10,95 | 52,158 | ,370 | ,841 |
| BDI - item F | 10,75 | 48,133 | ,520 | ,834 |
| BDI - item G | 10,94 | 52,459 | ,372 | ,841 |

| | | | | |
|---------------------|-------|--------|------|------|
| BDI - item H | 10,73 | 52,817 | ,215 | ,846 |
| BDI - item I | 10,97 | 52,845 | ,250 | ,844 |
| BDI - item J | 10,50 | 48,104 | ,580 | ,831 |
| BDI - item K | 10,33 | 49,443 | ,431 | ,838 |
| BDI - item L | 10,98 | 53,335 | ,232 | ,845 |
| BDI - item M | 10,45 | 50,290 | ,399 | ,839 |
| BDI - item N | 10,71 | 51,444 | ,263 | ,846 |
| BDI - item O | 10,68 | 49,441 | ,620 | ,831 |
| BDI - item P | 10,43 | 49,066 | ,466 | ,836 |
| BDI - item Q | 10,39 | 47,863 | ,626 | ,829 |
| BDI - item R | 10,92 | 51,712 | ,381 | ,840 |
| BDI - item S | 11,01 | 53,007 | ,207 | ,846 |
| BDI - item T | 10,74 | 52,583 | ,256 | ,844 |
| BDI - item U | 10,37 | 45,965 | ,612 | ,829 |

Como é visível, a análise dos itens do instrumento BDI revelou que as correlações dos itens com o total da escala estavam acima dos .21, variando entre .21 e .63, apresentando uma boa consistência interna.

8.4.3. *Brief Symptom Inventory* (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) é um inventário de auto-resposta com 53 itens que avalia os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas. Contudo, também tem sido utilizado em indivíduos que não se encontram perturbados emocionalmente e em estudos com cuidadores informais (Anthony-Bergstone, Zarit, & Gatz, 1988; Chang, Brecht, & Carter, 2001a; Chwalisz, 1996; Land & Hudson, 2002). Para além disso, também têm sido utilizadas as subescalas (depressão, ansiedade, etc.) como instrumento de diagnóstico de *distress*, em diversos estudos com cuidadores (Aguglia, et al., 2004; Marvardi, et al., 2005; Mausbach, et al., 2005; Price, et al., 2002).

Os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana. A escala é do tipo Likert, em que a possibilidade de resposta vai desde *Nunca* a *Muitíssimas Vezes*. Os sintomas psicopatológicos são avaliados em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Este instrumento corresponde a uma versão mais pequena do SCL-R-90 (Derogatis, 1975, 1977) que mede as mesmas dimensões. Os itens foram seleccionados

com base na análise factorial, tendo sido escolhidos os que apresentavam maiores *loadings* em cada dimensão.

Cotação/Interpretação

As dimensões de sintomatologia primária são: *Somatização* (*distress* psicológico associado a disfunções corporais – itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37), *Obsessivo-Compulsivo* (pensamentos ou acções que são experienciadas como irresistíveis pelo sujeito e do qual ele não tem controlo – itens 5, 15, 26, 27, 32, 36), *Sensibilidade Interpessoal* (sentimentos de inferioridade ou de inadequação pessoal, desconforto em relações interpessoais – itens 20, 21, 22, 42), *Depressão* (sintomas de depressão tais como humor e afecto disfórico, sentimentos negativos em relação ao futuro, etc. – itens 9, 16, 17, 18, 35, 50), *Ansiedade* (sintomas clínicos normalmente associados com ansiedade alta tais como nervosismo, tensão, pânico, etc. – itens 1, 12, 19, 38, 45, 49), *Hostilidade* (pensamentos, sentimentos e acções tais como irritação, aborrecimento, vontade de partir coisas e acessos de cólera – itens 6, 13, 40, 41, 46), *Ansiedade Fóbica* (ansiedade típica das fobias ou agorafobia tal como medo intenso de viajar, de espaços abertos, de multidões, etc. – itens 8, 28, 31, 43, 47), *Ideação Paranóide* (características tais como projecção, hostilidade, egocentrismo, medo de perder autonomia e suspeição – itens 4, 10, 24, 48, 51), *Psicoticismo* (sinais de um estilo de vida alienado, sintomas de psicose – itens 3, 14, 34, 44, 53). Existem quatro itens que não pertencem a qualquer uma das dimensões (11, 25, 39, 52), pois representam indicadores clínicos e vegetativos importantes (Canavarro, 1999a). Da soma dos itens podem-se obter três índices globais de *distress* no BSI: o Índice Geral de Sintomas (é o melhor indicador de *distress* do indivíduo e deve ser usado sempre que uma medida sumária é exigida; dá informações sobre o número de sintomas e intensidade do *distress*), o Total de Sintomas Positivos (representa a contagem dos sintomas que o indivíduo experiencia) e o Índice de Sintomas Positivos (medida pura da intensidade “corrigida”; permite saber se o indivíduo aumentou ou atenuou o *distress* na forma como respondeu ao inventário).

A interpretação é feita a três níveis. Primeiro deve-se focar no resultado global que representa o IGS. Depois deve-se ter em atenção as nove dimensões primárias que permitem traçar um perfil do indivíduo em termos psicopatológicos e nos dá informação sobre a sintomatologia. Finalmente, ao nível dos sintomas discretos, que fornecem informação pormenorizada importante para decisões clínicas (Derogatis, 1975, 1977).

Características Psicométricas

Os autores referem uma boa consistência interna para as nove dimensões que vão desde .71 (*Psicoticismo*) até .85 (*Depressão*). A boa fiabilidade é suportada por outros estudos independentes, não existindo contudo, uma medida de fiabilidade para qualquer um dos três índices globais. Os coeficientes teste-reteste para cada uma das nove dimensões variam entre .68 (*Somatização*) e .91 (*Ansiedade Fóbica*) e para os três índices globais de .87 (ISP) até .90 (IGS).

No que diz respeito à validade, as correlações entre o BSI e o MMPI vão desde .30 até .72, sendo que as correlações mais significativas se situam nos .50. A análise factorial confirmou a construção *a priori* das dimensões, para além de que as correlações entre o BSI e o SCL-R-90 eram entre .90 e .99 (Derogatis, 1993).

Versão Portuguesa

Os valores médios obtidos para a população portuguesa foram: Índice Geral de Sintomas 0,83 (DP=0,48); Total de Sintomas Positivos 26,99 (DP=11,72); Índice de Sintomas Positivos 1,56 (DP=0,38). Foram definidos pontos de corte entre indivíduos perturbados emocionalmente e a população geral, utilizando-se o Índice Geral de Sintomas. Assim, com uma nota no IGS ≥ 1.7 é provável encontrarmos pessoas perturbadas a nível emocional e abaixo desse valor, indivíduos da população geral (Canavarro, 1999a).

Os estudos psicométricos da versão portuguesa revelaram que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha* de Cronbach entre .62 (*Psicoticismo*) e .79 (*Somatização*) e coeficientes teste-reteste entre .63 (*Ideação Paranóide*) e .81 (*Depressão*).

As correlações *split-half* e os coeficientes de *Spearman-Brown* são igualmente abonatórios da consistência interna da escala, sendo, mais uma vez, os valores mais baixos os valores das escalas de *Ansiedade Fóbica* (*R Split-half* = .403; Coeficiente *Spearman-Brown* = .574) e do *Psicoticismo* (*R Split-half* = .413; Coeficiente *Spearman-Brown* = .585). O instrumento revela ainda uma boa estabilidade temporal.

O BSI possui boa validade discriminativa (população geral versus população perturbada emocionalmente) bem como uma elevada correlação com o MMPI (Canavarro, 1999a).

Estudos de fiabilidade e validade indicam que este instrumento avalia adequadamente a psicopatologia (Canavarro, 1999b). O instrumento possui boa fidelidade e estabilidade temporal,

sendo que as escalas de *ansiedade fóbica* e *psicoticismo* são as que têm menor consistência interna quando comparadas com as restantes.

Versão do Estudo

O estudo da consistência interna dos 53 itens do BSI nesta amostra está representado na tabela 3.

Tabela 3. Coeficientes de consistência interna do *Brief Symptom Inventory* - 53 itens (N = 150) Sumário da escala: Média = 58,38; Desvio Padrão = 30,28; Alpha de Cronbach = .97

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------|
| BSI - item 1 | 57,39 | 867,044 | ,717 | ,972 |
| BSI - item 2 | 57,13 | 880,076 | ,877 | ,972 |
| BSI - item 3 | 58,09 | 903,562 | ,364 | ,973 |
| BSI - item 4 | 57,65 | 907,288 | ,225 | ,973 |
| BSI - item 5 | 57,02 | 872,409 | ,655 | ,972 |
| BSI - item 6 | 57,56 | 863,295 | ,680 | ,972 |
| BSI - item 7 | 57,19 | 858,291 | ,717 | ,972 |
| BSI - item 8 | 56,99 | 870,235 | ,889 | ,972 |
| BSI - item 9 | 56,43 | 907,401 | ,363 | ,973 |
| BSI - item 10 | 56,93 | 876,358 | ,737 | ,972 |
| BSI - item 11 | 56,77 | 878,378 | ,770 | ,972 |
| BSI - item 12 | 57,16 | 884,444 | ,589 | ,972 |
| BSI - item 13 | 57,17 | 883,549 | ,831 | ,972 |
| BSI - item 14 | 58,00 | 902,550 | ,244 | ,973 |
| BSI - item 15 | 57,17 | 873,066 | ,883 | ,972 |
| BSI - item 16 | 56,87 | 878,420 | ,749 | ,972 |
| BSI - item 17 | 56,81 | 874,130 | ,744 | ,972 |
| BSI - item 18 | 56,62 | 880,130 | ,701 | ,972 |
| BSI - item 19 | 57,28 | 884,834 | ,697 | ,972 |
| BSI - item 20 | 57,27 | 884,978 | ,707 | ,972 |
| BSI - item 21 | 57,03 | 875,200 | ,812 | ,972 |
| BSI - item 22 | 57,31 | 850,066 | ,893 | ,971 |
| BSI - item 23 | 57,97 | 884,247 | ,527 | ,973 |
| BSI - item 24 | 58,27 | 903,700 | ,419 | ,973 |
| BSI - item 25 | 57,22 | 896,589 | ,550 | ,972 |
| BSI - item 26 | 57,83 | 881,402 | ,825 | ,972 |
| BSI - item 27 | 57,51 | 900,319 | ,493 | ,973 |
| BSI - item 28 | 56,98 | 904,047 | ,268 | ,973 |

| <i>Continuação da tabela 3</i> | <i>Média se eliminado</i> | <i>Variância se eliminado</i> | <i>Correlação com o total (corrigido)</i> | <i>Alpha se eliminado</i> |
|--------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---|---------------------------|
| BSI - item 29 | 57,29 | 874,837 | ,628 | ,972 |
| BSI - item 30 | 57,55 | 867,511 | ,825 | ,972 |
| BSI - item 31 | 57,76 | 887,982 | ,780 | ,972 |
| BSI - item 32 | 57,21 | 878,854 | ,728 | ,972 |
| BSI - item 33 | 56,95 | 879,629 | ,694 | ,972 |
| BSI - item 34 | 58,25 | 905,721 | ,413 | ,973 |
| BSI - item 35 | 56,46 | 902,841 | ,499 | ,973 |
| BSI - item 36 | 56,63 | 867,066 | ,506 | ,973 |
| BSI - item 37 | 56,51 | 899,191 | ,482 | ,973 |
| BSI - item 38 | 57,19 | 894,985 | ,610 | ,972 |
| BSI - item 39 | 56,47 | 879,754 | ,477 | ,973 |
| BSI - item 40 | 57,11 | 892,472 | ,503 | ,973 |
| BSI - item 41 | 57,63 | 870,262 | ,776 | ,972 |
| BSI - item 42 | 57,47 | 860,640 | ,867 | ,971 |
| BSI - item 43 | 56,98 | 880,557 | ,661 | ,972 |
| BSI - item 44 | 57,74 | 904,623 | ,426 | ,973 |
| BSI - item 45 | 57,42 | 853,413 | ,801 | ,972 |
| BSI - item 46 | 56,48 | 910,506 | ,251 | ,973 |
| BSI - item 47 | 58,15 | 894,314 | ,514 | ,973 |
| BSI - item 48 | 57,65 | 877,986 | ,803 | ,972 |
| BSI - item 49 | 56,65 | 890,740 | ,745 | ,972 |
| BSI - item 50 | 56,75 | 852,915 | ,837 | ,972 |
| BSI - item 51 | 57,75 | 880,831 | ,828 | ,972 |
| BSI - item 52 | 57,75 | 872,177 | ,804 | ,972 |
| BSI - item 53 | 58,33 | 912,691 | ,327 | ,973 |

Como é visível, a análise dos itens do instrumento BSI revelou correlações dos itens com o total estavam acima dos .23, variando entre .23 e .89, apresentando uma boa consistência interna.

Nas tabelas 4 a 12 são apresentados, respectivamente, os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do BSI, das subescalas *Somatização*, *Obsessivo-Compulsivo*, *Sensibilidade Interpessoal*, *Depressão*, *Ansiedade*, *Hostilidade*, *Ansiedade Fóbica*, *Ideação Paranóide* e *Psicoticismo*.

Tabela 4. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Somatização* (7 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 1,02; Desvio Padrão = 0,88; *Alpha* de *Cronbach* = .84

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | <i>Alpha</i> se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| BSI - item 2 | 6,81 | 19,039 | ,821 | ,846 | ,804 |
| BSI - item 7 | 6,87 | 15,615 | ,664 | ,675 | ,821 |
| BSI - item 23 | 7,65 | 19,720 | ,423 | ,408 | ,851 |
| BSI - item 29 | 6,97 | 16,744 | ,729 | ,849 | ,802 |
| BSI - item 30 | 7,23 | 16,569 | ,859 | ,889 | ,782 |
| BSI - item 33 | 6,63 | 20,126 | ,457 | ,523 | ,844 |
| BSI - item 37 | 6,19 | 21,862 | ,412 | ,412 | ,849 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Somatização* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .41, variando entre .41 e .86.

Tabela 5. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Obsessivo-Compulsivo* (6 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 1,41; Desvio Padrão = ,75; *Alpha* de *Cronbach* = .84

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | <i>Alpha</i> se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| BSI - item 5 | 5,55 | 13,323 | ,730 | ,684 | ,797 |
| BSI - item 15 | 5,69 | 15,087 | ,743 | ,734 | ,802 |
| BSI - item 26 | 6,36 | 16,997 | ,517 | ,706 | ,840 |
| BSI - item 27 | 6,03 | 18,167 | ,441 | ,478 | ,852 |
| BSI - item 32 | 5,74 | 14,153 | ,866 | ,884 | ,778 |
| BSI - item 36 | 5,16 | 10,699 | ,701 | ,885 | ,836 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Obsessivo-Compulsivo* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .52, variando entre .52 e .87.

Tabela 6. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Sensibilidade Interpessoal* (4 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 1,20; Desvio Padrão = ,77; Alpha de Cronbach = .90

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| BSI - item 20 | 3,33 | 9,148 | ,628 | ,421 | ,925 |
| BSI - item 21 | 3,09 | 7,972 | ,795 | ,723 | ,872 |
| BSI - item 22 | 3,36 | 5,574 | ,910 | ,884 | ,830 |
| BSI - item 42 | 3,53 | 6,519 | ,875 | ,827 | ,835 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Sensibilidade Interpessoal* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .63, variando entre .63 e .91.

Tabela 7. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Depressão* (6 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 1,25; Desvio Padrão = ,75; Alpha de Cronbach = .84

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| BSI - item 9 | 8,39 | 13,341 | ,489 | ,618 | ,849 |
| BSI - item 16 | 8,84 | 10,712 | ,651 | ,549 | ,814 |
| BSI - item 17 | 8,77 | 9,854 | ,720 | ,665 | ,799 |
| BSI - item 18 | 8,59 | 10,003 | ,786 | ,688 | ,786 |
| BSI - item 35 | 8,43 | 12,931 | ,575 | ,670 | ,839 |
| BSI - item 50 | 8,71 | 8,031 | ,747 | ,672 | ,810 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Depressão* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .49, variando entre .49 e .79.

Tabela 8. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Ansiedade* (6 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 1,12; Desvio Padrão = ,73; Alpha de Cronbach = .83

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| BSI - item 1 | 6,21 | 11,158 | ,605 | ,692 | ,816 |
| BSI - item 12 | 5,98 | 12,302 | ,631 | ,838 | ,805 |
| BSI - item 19 | 6,10 | 12,346 | ,786 | ,809 | ,782 |
| BSI - item 38 | 6,01 | 13,899 | ,652 | ,736 | ,813 |
| BSI - item 45 | 6,24 | 9,982 | ,648 | ,575 | ,817 |
| BSI - item 49 | 5,47 | 14,197 | ,594 | ,533 | ,821 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Ansiedade* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .59, variando entre .59 e .79.

Tabela 9. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Hostilidade* (5 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 1,24; Desvio Padrão = ,77; Alpha de Cronbach = .76

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| BSI - item 6 | 5,14 | 4,363 | ,777 | ,804 | ,635 |
| BSI - item 13 | 4,75 | 7,211 | ,734 | ,601 | ,679 |
| BSI - item 40 | 4,69 | 6,901 | ,656 | ,762 | ,687 |
| BSI - item 41 | 5,21 | 6,675 | ,507 | ,561 | ,737 |
| BSI - item 46 | 4,06 | 9,761 | ,135 | ,095 | ,814 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Hostilidade* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .14, variando entre .14 e .78.

Tabela 10. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Ansiedade Fóbica* (5 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = ,66; Desvio Padrão = ,74; Alpha de Cronbach = .78

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| BSI - item 8 | 3,65 | 4,644 | ,800 | ,743 | ,659 |
| BSI - item 28 | 3,64 | 6,111 | ,453 | ,328 | ,783 |
| BSI - item 31 | 4,42 | 6,084 | ,649 | ,658 | ,733 |
| BSI - item 43 | 3,64 | 5,359 | ,536 | ,479 | ,763 |
| BSI - item 47 | 4,81 | 6,291 | ,448 | ,440 | ,783 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Ansiedade Fóbica* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .45, variando entre .45 e .80.

Tabela 11. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Ideação Paranóide* (5 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 1,17; Desvio Padrão = ,71; Alpha de Cronbach = .77

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| BSI - item 4 | 2,91 | 5,570 | ,375 | ,264 | ,782 |
| BSI - item 10 | 2,19 | 4,345 | ,548 | ,411 | ,737 |
| BSI - item 24 | 3,53 | 5,781 | ,484 | ,353 | ,755 |
| BSI - item 48 | 2,91 | 4,321 | ,683 | ,605 | ,677 |
| BSI - item 51 | 3,01 | 4,604 | ,686 | ,505 | ,681 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Ideação Paranóide* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .38, variando entre .38 e .69.

Tabela 12. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Psicoticismo* (5 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = ,80; Desvio Padrão = ,58; Alpha de Cronbach = .76

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| BSI - item 3 | 1,20 | 2,725 | ,667 | ,691 | ,663 |
| BSI - item 14 | 1,11 | 1,760 | ,716 | ,878 | ,686 |
| BSI - item 34 | 1,36 | 2,863 | ,886 | ,882 | ,620 |
| BSI - item 44 | ,85 | 4,050 | ,074 | ,232 | ,838 |
| BSI - item 53 | 1,43 | 3,616 | ,885 | ,896 | ,712 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Psicoticismo* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .07, variando entre .07 e .89.

Assim, verificou-se que a análise à consistência interna do BSI, nesta população, as subescalas apresentaram *alphas* iguais ou superiores aos da versão adaptada à população portuguesa (.76 a .90 versus .62 a .79).

8.4.4. Caregiver Reaction Assessment (CRA)

A escala *Caregiver Reaction Assessment* é um instrumento que avalia aspectos específicos da situação de cuidar, incluindo as dimensões positivas e negativas das reacções dos cuidadores

(Given et al., 1992). Foi desenvolvido por etapas, tendo sido iniciado com 101 itens baseados numa extensa revisão bibliográfica e entrevista a cuidadores. Depois, foi administrado a uma amostra de 99 cuidadores, do qual a análise psicométrica apurou 40 itens. Por fim, após a análise factorial de uma amostra de 377 cuidadores de pacientes com Demência, o instrumento foi reduzido a 24 itens. Assim, a versão original final é constituída por 24 itens que avaliam as reacções do cuidador no cuidar de um paciente com uma doença física. Os itens estão agrupados em 5 dimensões: *Auto Estima do cuidador* (avalia o valor atribuído ao cuidar como resultado da experiência de ser retribuído ou causar ressentimento - 7 itens – Dimensão positiva), *Falta de Suporte Familiar* (avalia a percepção do cuidador de ser o único com responsabilidade nos cuidados do doente ou a percepção de que a família trabalha em conjunto - 5 itens – Dimensão negativa), *Impacto nas Finanças* (avalia quão adequados ou difíceis são os seus recursos financeiros para cuidar do familiar - 3 itens – Dimensão negativa), *Impacto nos Horários* (avalia qual a extensão de interrupções necessárias para cuidar do familiar e até que ponto isso interfere nas actividades diárias - 5 itens – Dimensão negativa), *Impacto na Saúde do Cuidador* (avalia a capacidade de cuidar e interferência na saúde do cuidador - 4 itens – Dimensão negativa). Os itens são medidos numa escala de 5 pontos (desde *discordo totalmente* (0 pontos) a *concordo totalmente* (4 pontos)) (Given et al., 1992; Nijboer, Triemstra, Tempelaar, Sandermanc, & Bos, 1999).

Cotação/Interpretação

Os resultados obtêm-se somando os itens pertencentes a cada subescala, não existindo um valor total. Assim, na subescala *Auto Estima* correspondem os itens 4, 6, 10, 12, 15, 19, 21 (itens 15 e 21 com valor invertido), na subescala *Falta de Suporte Familiar* correspondem os itens 3, 9, 11, 13, 17 (item 3 com valor invertido), na subescala *Impacto nos Horários* correspondem os itens 1, 7, 14, 16, 20, na subescala *Impacto na Saúde do Cuidador* correspondem os itens 2, 5, 8, 18 (item 2 com valor invertido) e na subescala *Impacto nas Finanças* correspondem os itens 22, 23, 24 (item 22 com valor invertido). Na versão original um resultado alto corresponde a um maior impacto na dimensão seja ela positiva (*Auto Estima*) ou negativa (*Falta de Suporte Familiar*, *Impacto nos Horários*, *Impacto na Saúde do Cuidador*, *Impacto nas Finanças*) (Given et al., 1992; Nijboer, et al., 1999). Grov e colaboradores (2006) ao realizarem a validação para a população de cuidadores informais de pacientes oncológicos noruegueses adicionaram uma escala total que correspondia à soma das subescalas do instrumento, estabelecendo correlações com outros instrumentos, sem

prejuízo do conceito teórico subjacente. Deste modo, pode ser calculado um valor total, somando-se os valores dos itens das subescalas.

Características Psicométricas

De acordo com os autores, esta escala apresenta uma boa fidelidade nas cinco dimensões: Auto-estima (.90), Falta de suporte familiar (.85), Finanças (.81), Horários (.82) e Impacto na saúde (.80). A validade do construto foi conseguida com correlações modestas entre o CRA e medidas de depressão e dependência (Given et al., 1992; Kinsella, Cooper, Picton, & Murtagh, 1998; Nijboer, et al., 1999).

Versão Portuguesa

Cotação/Interpretação

A versão do CRA utilizada neste estudo foi a desenvolvida para investigação por Pereira e Sousa (2001) numa amostra de 71 cuidadores de doentes com Esclerose Múltipla. Este instrumento manteve os 24 itens no entanto, os itens das subescalas, após a adaptação foram modificados. Assim, à subescala *Auto Estima* correspondem os itens 1, 7, 9, 12, 17, 20, 23, à subescala *Falta de Suporte Familiar* correspondem os itens 2, 6, 13, 16, 22, à subescala *Impacto nos Horários* correspondem os itens 4, 8, 11, 14, 18, à subescala *Impacto na Saúde do Cuidador* correspondem os itens 5, 10, 15, 19 e à subescala *Impacto nas Finanças* correspondem os itens 3, 21, 24. Sendo que um resultado baixo na dimensão *Auto Estima* do cuidador sugere baixo valor atribuído ao cuidar; resultado baixo na dimensão *Falta de Suporte Familiar* sugere uma menor falta de suporte familiar; resultado baixo no *Impacto nos Horários* sugere pouco impacto nos horários do cuidador; resultado baixo no *Impacto na Saúde* sugere menor impacto na saúde do cuidador e resultado baixo no *Impacto das Finanças* sugere menos impacto nas finanças do cuidador.

Numa amostra de cuidadores portugueses de pacientes com Esclerose Múltipla, a fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do *alpha* de *Cronbach*. O *alpha* obtido por dimensão foi: *Auto Estima* (.67), *Falta de Suporte Familiar* (.83), *Impacto nas Finanças* (.80), *Impacto nos Horários* (.76) e *Impacto na Saúde* (.72). No entanto, verificou-se que se retirasse, na dimensão *Auto Estima*, o item 12 melhoraria significativamente o *alpha* de *Cronbach* desta subescala. O mesmo acontece na dimensão *Falta de Suporte Familiar* com o item 2 e na dimensão *Impacto nos Horários* com o item 4 que se excluídos melhorariam as características psicométricas do

instrumento (Sousa, 2005). Contudo as autoras, devido ao tamanho da amostra, não puderam realizar a validade do instrumento.

Versão do Estudo

O estudo da consistência interna em relação às cinco subescalas do CRA, na amostra de cuidadores de Dependentes de Substâncias, está patente nas tabelas 13 a 17.

Tabela 13. Coeficientes de consistência interna do CRA - 24 itens (N = 120) Sumário da subescala *Auto Estima* (7 itens) Média = 47,09; Desvio Padrão = 16,15; Alpha de Cronbach = .95

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| CRA - item 1 | 11,23 | 25,626 | ,870 | ,802 | ,934 |
| CRA - item 7 | 11,29 | 23,217 | ,892 | ,900 | ,936 |
| CRA - item 9 | 10,33 | 24,692 | ,865 | ,809 | ,936 |
| CRA - item 12 | 10,43 | 26,617 | ,847 | ,762 | ,936 |
| CRA - item 17 | 10,50 | 29,647 | ,795 | ,674 | ,944 |
| CRA - item 20 | 10,62 | 29,180 | ,734 | ,651 | ,946 |
| CRA - item 23 | 11,80 | 27,859 | ,885 | ,896 | ,935 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Auto Estima* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .73, variando entre .73 e .90.

Tabela 14. Coeficientes de consistência interna do CRA - 24 itens (N = 120) Sumário da subescala *Falta de Suporte Familiar* (5 itens) Média = 9,35; Desvio Padrão = 4,40; Alpha de Cronbach = .80

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| CRA - item 2 | 7,14 | 15,618 | ,228 | ,511 | ,874 |
| CRA - item 6 | 7,50 | 14,773 | ,511 | ,485 | ,789 |
| CRA - item 13 | 7,95 | 11,796 | ,685 | ,614 | ,733 |
| CRA - item 16 | 7,56 | 10,904 | ,889 | ,816 | ,663 |
| CRA - item 22 | 7,25 | 12,055 | ,717 | ,727 | ,724 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Falta de Suporte Familiar* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .23, variando entre .23 e .89.

Tabela 15. Coeficientes de consistência interna do CRA - 24 itens (N = 120) Sumário da subescala *Impacto nos Horários* (5 itens) Média = 9,21; Desvio Padrão = 4,31; *Alpha de Cronbach* = .82

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| CRA - item 4 | 11,23 | 25,626 | ,870 | ,802 | ,934 |
| CRA - item 8 | 11,29 | 23,217 | ,892 | ,900 | ,936 |
| CRA - item 11 | 10,33 | 24,692 | ,865 | ,809 | ,936 |
| CRA - item 14 | 10,43 | 26,617 | ,847 | ,762 | ,936 |
| CRA - item 18 | 10,50 | 29,647 | ,795 | ,674 | ,944 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Impacto nos Horários* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .80, variando entre .80 e .89.

Tabela 16. Coeficientes de consistência interna do CRA - 24 itens (N = 120) Sumário da subescala *Impacto na Saúde do Cuidador* (4 itens) Média = 8,63; Desvio Padrão = 3,05; *Alpha de Cronbach* = .64

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| CRA - item 5 | 6,59 | 6,176 | ,298 | ,551 | ,667 |
| CRA - item 10 | 6,53 | 5,932 | ,319 | ,566 | ,658 |
| CRA - item 15 | 6,43 | 5,760 | ,569 | ,490 | ,483 |
| CRA - item 19 | 6,42 | 5,724 | ,574 | ,496 | ,479 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Impacto na Saúde do Cuidador* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .30, variando entre .30 e .57.

Tabela 17. Coeficientes de consistência interna do CRA - 24 itens (N = 120) Sumário da subescala *Impacto nas Finanças* (3 itens) Média = 7,18; Desvio Padrão = 2,40; *Alpha de Cronbach* = .57

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| CRA - item 3 | 4,26 | 2,748 | ,642 | ,416 | ,086 |
| CRA - item 21 | 5,06 | 3,518 | ,241 | ,206 | ,673 |
| CRA - item 24 | 5,03 | 3,091 | ,315 | ,300 | ,578 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Impacto nas Finanças* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .24, variando entre .24 e .64.

Como é visível, o estudo da consistência interna revelou que as subescalas *Impacto na Saúde do Cuidador* e *Impacto nas Finanças* apresentaram valores baixos (.64 e .57).

O valor da KMO foi de ,745, sendo considerável aceitável para a análise factorial, apesar de o valor ideal ser de ,80 ou mais (Pereira, 1999). O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ao nível de ,000. Os resultados da análise factorial são apresentados na tabela 18.

Para se realizar a validade da escala, primeiro procedeu-se à análise da medida de adequação da amostra (medida KMO), depois recorreu-se à análise factorial de cinco factores segundo a versão original. No entanto, os itens não apresentaram coerência com a versão original, nem com a versão adaptada à população de cuidadores com EM portuguesa. Posteriormente, realizou-se a análise factorial com 4 e 3 factores principais, sendo esta última a solução final adoptada, tendo em consideração a saturação dos itens e a coerência teórica. Assim, a rotação *varimax* com o pedido de supressão de cargas factoriais abaixo de ,30 confirmou que com 3 factores principais se explicava 58,76% da variabilidade total.

Nesta versão adaptada à população portuguesa de cuidadores de Dependentes de Substâncias, o instrumento manteve os 24 itens, mas agora com três subescalas, sendo que todos os factores saturaram acima de .30 (cf. Tabela 20).

A subescala anteriormente chamada de *Auto Estima* não sofreu alterações com a nova análise factorial, daí que optou-se por não alterar o nome da subescala, mantendo-se a sua Dimensão positiva. Um baixo valor nesta subescala sugere um baixo valor atribuído ao acto de cuidar.

Os itens 4, 5, 6, 8, 11, 13, 15, 16, 18, 22 e 24 podem ser agrupados num factor chamado *Impacto na Vida Familiar do Cuidador*. Pode ser definida como a percepção da responsabilidade do cuidador e dos seus familiares nos cuidados ao adicto e a influência da interferência nas actividades diárias (incluindo as relações familiares e o bem-estar subjectivo) dos cuidados prestados. Um resultado baixo nesta subescala sugere um menor impacto no planeamento do dia-a-dia e no bem-estar do cuidador.

Os itens 2, 3, 10, 14, 19 e 21 podem ser agrupados num factor chamado *Impacto na Saúde do Cuidador*. Pode ser definida como a percepção que o cuidador tem da adequação dos recursos financeiros e da influência da tensão associada à prestação dos cuidados na saúde física e

psicológica. Um resultado baixo nesta subescala sugere um menor impacto nos recursos financeiros e na saúde do cuidador.

Ambas as subescalas correspondem a Dimensões negativas da sobrecarga.

Tabela 18. Análise factorial do CRA - Matrix dos três componentes com rotação *varimax*

| | Componentes | | |
|---------------|-----------------|--|----------------------------------|
| | 1 – Auto-Estima | 2 – Impacto na Vida Familiar do Cuidador | 3 – Impacto na Saúde do Cuidador |
| CRA - item 1 | ,852 | | |
| CRA - item 2 | | | ,770 |
| CRA - item 3 | | ,574 | ,353 |
| CRA - item 4 | ,376 | ,428 | |
| CRA - item 5 | ,300 | ,450 | |
| CRA - item 6 | | ,663 | |
| CRA - item 7 | ,884 | | |
| CRA - item 8 | ,361 | ,545 | ,329 |
| CRA - item 9 | ,861 | | |
| CRA - item 10 | ,458 | | ,611 |
| CRA - item 11 | ,412 | ,621 | |
| CRA - item 12 | ,876 | | |
| CRA - item 13 | | ,765 | |
| CRA - item 14 | | | ,620 |
| CRA - item 15 | ,489 | ,476 | |
| CRA - item 16 | | ,694 | ,532 |
| CRA - item 17 | ,769 | | |
| CRA - item 18 | ,341 | ,662 | |
| CRA - item 19 | ,411 | ,355 | ,318 |
| CRA - item 20 | ,655 | | ,433 |
| CRA - item 21 | | | ,329 |
| CRA - item 22 | | ,810 | |
| CRA - item 23 | ,895 | | |
| CRA - item 24 | | ,579 | |

Assim, nas tabelas 19 a 22 são apresentados, respectivamente, os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* dos 24 itens do CRA, da subescala *Auto Estima*, *Impacto na Vida Familiar do Cuidador* e *Impacto na Saúde do Cuidador*.

Tabela 19 Coeficientes de consistência interna do CRA - 24 itens (N = 120) Sumário da escala: Média = 47,09; Desvio Padrão = 16,15; *Alpha* de *Cronbach* = .95

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | <i>Alpha</i> se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| CRA - item 1 | 45,62 | 235,614 | ,748 | ,896 | ,924 |
| CRA - item 2 | 44,88 | 250,541 | ,224 | ,651 | ,933 |
| CRA - item 3 | 44,18 | 242,902 | ,561 | ,703 | ,927 |
| CRA - item 4 | 45,05 | 243,292 | ,496 | ,720 | ,928 |
| CRA - item 5 | 45,02 | 244,260 | ,408 | ,759 | ,929 |
| CRA - item 6 | 45,24 | 244,992 | ,505 | ,629 | ,927 |
| CRA - item 7 | 45,68 | 230,672 | ,727 | ,944 | ,924 |
| CRA - item 8 | 45,38 | 234,743 | ,678 | ,810 | ,924 |
| CRA - item 9 | 44,72 | 235,280 | ,682 | ,887 | ,924 |
| CRA - item 10 | 44,97 | 239,075 | ,532 | ,774 | ,927 |
| CRA - item 11 | 45,62 | 241,398 | ,616 | ,815 | ,926 |
| CRA - item 12 | 44,82 | 241,154 | ,626 | ,835 | ,926 |
| CRA - item 13 | 45,69 | 237,593 | ,553 | ,773 | ,927 |
| CRA - item 14 | 45,58 | 243,961 | ,523 | ,758 | ,927 |
| CRA - item 15 | 44,87 | 241,159 | ,621 | ,719 | ,926 |
| CRA - item 16 | 45,30 | 236,010 | ,635 | ,849 | ,925 |
| CRA - item 17 | 44,89 | 244,702 | ,739 | ,846 | ,925 |
| CRA - item 18 | 44,62 | 227,934 | ,729 | ,761 | ,923 |
| CRA - item 19 | 44,85 | 242,229 | ,582 | ,652 | ,926 |
| CRA - item 20 | 45,01 | 241,891 | ,754 | ,833 | ,925 |
| CRA - item 21 | 44,98 | 247,285 | ,352 | ,528 | ,930 |
| CRA - item 22 | 44,99 | 237,689 | ,594 | ,834 | ,926 |
| CRA - item 23 | 46,19 | 243,484 | ,669 | ,919 | ,926 |
| CRA - item 24 | 44,95 | 240,687 | ,516 | ,559 | ,927 |

A análise das correlações dos itens do instrumento CRA com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .22, variando entre .22 e .75.

Tabela 20. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Auto Estima* (7 itens) Sumário da escala: N = 120, Média = 12,71; Desvio Padrão = 6,00; *Alpha* de *Cronbach* = .95

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | <i>Alpha</i> se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| CRA - item 1 | 11,23 | 25,626 | ,870 | ,802 | ,934 |
| CRA - item 7 | 11,29 | 23,217 | ,892 | ,900 | ,936 |
| CRA - item 9 | 10,33 | 24,692 | ,865 | ,809 | ,936 |
| CRA - item 12 | 10,43 | 26,617 | ,847 | ,762 | ,936 |
| CRA - item 17 | 10,50 | 29,647 | ,795 | ,674 | ,944 |
| CRA - item 20 | 10,62 | 29,180 | ,734 | ,651 | ,946 |
| CRA - item 23 | 11,80 | 27,859 | ,885 | ,896 | ,935 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Auto Estima* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .73, variando entre .73 e .89.

Tabela 21. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Impacto na Vida Familiar do Cuidador* (11 itens) Sumário da escala: N = 120, Média = 21,27; Desvio Padrão = 8,64; *Alpha* de *Cronbach* = .88

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | <i>Alpha</i> se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| CRA - item 4 | 19,22 | 65,571 | ,456 | ,366 | ,883 |
| CRA - item 5 | 19,20 | 65,338 | ,405 | ,312 | ,887 |
| CRA - item 6 | 19,42 | 64,817 | ,579 | ,447 | ,876 |
| CRA – item 8 | 19,56 | 61,072 | ,649 | ,655 | ,871 |
| CRA – item 11 | 19,79 | 63,948 | ,624 | ,577 | ,874 |
| CRA – item 13 | 19,87 | 59,848 | ,665 | ,671 | ,870 |
| CRA – item 15 | 19,04 | 64,360 | ,592 | ,441 | ,875 |
| CRA – item 16 | 19,47 | 60,470 | ,677 | ,664 | ,869 |
| CRA – item 18 | 18,80 | 56,934 | ,737 | ,686 | ,865 |
| CRA – item 22 | 19,17 | 60,056 | ,709 | ,751 | ,867 |
| CRA – item 24 | 19,12 | 63,304 | ,528 | ,302 | ,879 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Impacto na Vida Familiar do Cuidador* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .41, variando entre .41 e .74.

Tabela 22. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Impacto na Saúde do Cuidador* (6 itens) Sumário da escala: N = 120, Média = 13,13; Desvio Padrão = 4,14; Alpha de Cronbach = .70

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| CRA - item 2 | 10,92 | 12,766 | ,320 | ,111 | ,698 |
| CRA – item 3 | 10,21 | 12,805 | ,487 | ,286 | ,642 |
| CRA – item 10 | 11,00 | 11,429 | ,504 | ,349 | ,631 |
| CRA – item 14 | 11,61 | 12,610 | ,516 | ,328 | ,633 |
| CRA – item 19 | 10,88 | 13,045 | ,445 | ,275 | ,654 |
| CRA – item 21 | 11,01 | 13,134 | ,342 | ,198 | ,685 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Impacto na Saúde do Cuidador* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .32, variando entre .32 e .52.

Assim, a versão adaptada à população de cuidadores de Dependentes de Substâncias é constituída por 24 itens, divididos em três subescalas. Os valores de consistência interna das subescalas correspondem a .70, .88 e .95 (ver Anexo 2).

8.4.5. Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT)

Em Portugal, McIntyre e Ventura (1996) desenvolveram uma escala para a avaliação de sintomas de PTSD em adolescentes, havendo ainda uma versão para adultos. Para efectuar o diagnóstico de PTSD é necessário considerar os sintomas estabelecidos pelos critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1996). A utilização desta escala, com 17 itens, facilita a avaliação, uma vez que considera os critérios de diagnóstico de forma sistematizada, explícita e discriminada.

A escala de PTSD é constituída por duas partes. De uma forma geral, a primeira parte é descritiva e qualitativa. Procura caracterizar o acontecimento traumático e fazer uma avaliação do intervalo de tempo entre a ocorrência do acontecimento traumático e da avaliação. Neste agrupamento efectuou-se algumas alterações no sentido de remeter os participantes para a situação de cuidar/viver com um dependente de substâncias (ver Anexo 3).

As restantes questões não foram alteradas, mantendo-se o instrumento original, pelo que a segunda parte da escala remete para cada um dos critérios de diagnóstico de PTSD e está

dividida em três partes. A primeira, *revivência do acontecimento traumático*, corresponde à fase da intrusão (grupo B dos critérios de diagnóstico, segundo o DSM-IV) e inclui cinco itens. Segue-se a *resposta ao acontecimento*, que avalia respostas de evitamento/entorpecimento, remetendo para a negação, e engloba sete itens (grupo C dos critérios de diagnóstico do DSM-IV). Por último, o agrupamento que avalia *respostas prolongadas*, corresponde à activação/hipervigilância, remetendo para os sintomas neurovegetativos e contempla cinco itens (grupo D dos critérios de diagnóstico do DSM-IV). Todos estes grupos têm questões de “Sim” ou “Não”.

Cotação/Interpretação

As respostas à segunda parte permitem fazer o diagnóstico de PTSD, às quais, segundo o DSM-IV (APA, 1996), o sujeito deve responder afirmativamente: a pelo menos uma questão do agrupamento *vivência do acontecimento*; a pelo menos três questões do agrupamento *resposta ao acontecimento* e a pelo menos duas questões do agrupamento *respostas prolongadas*.

Pode ainda obter-se um total dos sintomas de PTSD, somando-se a pontuação obtida em cada uma das subescalas (no total 17 itens), avaliando-se o total de sintomatologia de PTSD (Pires, 2005).

Características Psicométricas

Os estudos de validação inicial desenvolvidos numa amostra de 150 adolescentes angolanos num cenário de guerra, mostra que o instrumento apresenta uma boa validade e fidelidade ao conteúdo. As subescalas que correspondem aos critérios 2 e 4 do diagnóstico do DSM-IV, apresentam uma boa consistência interna, sendo que o estudo da validade confirmam a existência de 3 factores (McIntyre & Ventura, 1996). Num outro estudo realizado com 90 adolescentes vítimas de maus-tratos, encontrou-se um coeficiente de *alpha* de *Cronbach* de .71, situando-se no limiar necessário para uma boa consistência interna. A análise factorial explica 60.30% da variância e confirma a existência de 3 factores (Alberto, 1999).

Apesar de a escala não ter sido validada em adultos, segue os critérios do DSM-IV-TR na definição de PTSD e dado tratar-se de um instrumento desenvolvido em Portugal, e permitir a comparação dos dados com outros estudos, optou-se pela utilização da versão original.

Versão do estudo

O estudo da consistência interna do instrumento e das três subescalas está patente nas tabelas 23 a 26.

Tabela 23. Coeficientes de consistência interna do EARAT - 17 itens (N = 114) Sumário da escala: Média = 5,46; Desvio Padrão = 4,89; Alpha de Cronbach = .89

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Alpha se eliminado |
|----------|--------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------|
| Item 2.1 | 4,75 | 19,267 | ,263 | ,892 |
| Item 2.2 | 4,61 | 17,991 | ,515 | ,885 |
| Item 2.3 | 4,45 | 16,550 | ,810 | ,873 |
| Item 2.4 | 4,42 | 16,582 | ,793 | ,874 |
| Item 2.5 | 4,55 | 17,471 | ,614 | ,882 |
| Item 3.1 | 4,40 | 17,181 | ,630 | ,881 |
| Item 3.2 | 4,45 | 17,134 | ,653 | ,880 |
| Item 3.3 | 4,69 | 19,082 | ,257 | ,893 |
| Item 3.4 | 4,60 | 17,977 | ,504 | ,886 |
| Item 3.5 | 4,75 | 19,395 | ,202 | ,894 |
| Item 3.6 | 4,69 | 18,586 | ,418 | ,888 |
| Item 3.7 | 4,76 | 19,014 | ,381 | ,889 |
| Item 4.1 | 4,54 | 18,286 | ,388 | ,890 |
| Item 4.2 | 4,53 | 17,579 | ,568 | ,883 |
| Item 4.3 | 4,53 | 17,898 | ,483 | ,887 |
| Item 4.4 | 4,42 | 16,688 | ,764 | ,875 |
| Item 4.5 | 4,46 | 17,154 | ,653 | ,880 |

A análise das correlações dos itens da escala com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .20, variando entre .20 e .81.

Tabela 24. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Revivência do Acontecimento* (5 itens) Sumário da escala: N = 114, Média = 1,46; Desvio Padrão = 1,62; Alpha de Cronbach = .79

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Item 2.1 | 1,37 | 2,235 | ,338 | ,200 | ,806 |
| Item 2.2 | 1,23 | 1,859 | ,499 | ,348 | ,767 |
| Item 2.3 | 1,06 | 1,509 | ,719 | ,585 | ,690 |
| Item 2.4 | 1,04 | 1,521 | ,697 | ,563 | ,698 |
| Item 2.5 | 1,17 | 1,715 | ,578 | ,406 | ,742 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Revivência do Acontecimento* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .34, variando entre .34 e .72.

Tabela 25. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Resposta ao Acontecimento* (7 itens) Sumário da escala: N = 114, Média = 1,61; Desvio Padrão = 1,63; Alpha de Cronbach = .67

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|-----------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Item 3.1 | 1,17 | 1,662 | ,584 | ,702 | ,566 |
| Item 3.2 | 1,21 | 1,584 | ,675 | ,728 | ,530 |
| Item 3.3 | 1,46 | 2,250 | ,254 | ,198 | ,670 |
| Item 3.4 | 1,36 | 2,020 | ,364 | ,254 | ,644 |
| Item 3.5 | 1,51 | 2,465 | ,108 | ,215 | ,697 |
| Item 3.6 | 1,46 | 2,179 | ,324 | ,302 | ,653 |
| Item 3.7 | 1,53 | 2,287 | ,345 | ,237 | ,651 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Resposta ao Acontecimento* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .11, variando entre .11 e .68.

Tabela 26. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Respostas Prolongadas* (5 itens) Sumário da escala: N = 114, Média = 1,77; Desvio Padrão = 1,79; Alpha de Cronbach = .80

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|-----------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Item 4.1 | 1,46 | 2,446 | ,375 | ,162 | ,827 |
| Item 4.2 | 1,45 | 2,214 | ,549 | ,362 | ,778 |
| Item 4.3 | 1,45 | 2,161 | ,595 | ,428 | ,764 |
| Item 4.4 | 1,34 | 1,908 | ,763 | ,668 | ,707 |
| Item 4.5 | 1,39 | 2,027 | ,674 | ,597 | ,738 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Respostas Prolongadas* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .38, variando entre .38 e .76.

A subescala *Resposta ao Acontecimento* teve um *alpha* próximo de .70 (.67), e dada a sua importância clínica, decidiu-se mantê-la. No entanto a sua utilização em investigação com adultos pede alguma cautela na análise dos resultados.

8.4.6. Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

A OMS definiu Qualidade de Vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição realça a natureza subjectiva da avaliação do indivíduo, contextualizada no meio físico, cultural e social onde vive, e a multidimensionalidade do conceito. Reflectindo esta concepção transcultural e multidimensional, o WHOQOL – 100 foi construído através da colaboração de 15 Centros pertencentes a diferentes culturas, e está estruturado em torno de seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e aspectos associados à Espiritualidade, Religião, e Crenças Pessoais. Posteriormente, a OMS desenvolveu uma versão abreviada deste instrumento, composta por 26 das 100 questões que compõem o WHOQOL. Esta versão tem obtido bons desempenhos psicométricos e a sua estrutura tem subjacentes quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (OMS, 1998).

O instrumento tem sido utilizado em estudos com cuidadores (Awadalla et al., 2005; Ishizaki & Nakane, 2004; Lai, et al., 2005; Li, Young, Xiao, Zhou, & Zhou, 2004; Tzeng, Lung, & Chang, 2004), daí que se aceita a sua utilização nesta investigação.

Cotação/Interpretação

Os itens que compõem o WHOQOL-Bref estão organizados em escalas do tipo likert de 5 pontos: intensidade (*nada a muitíssimo*), capacidade (*nada a completamente*), frequência (*nunca a sempre*) e avaliação (*muito insatisfeito a muito satisfeito*; *muito pobre a muito boa*; *muito mal a muito bem*) e foram formuladas quer de forma positiva como negativa.

O instrumento está organizado em cinco domínios: *Físico*, *Psicológico*, *Relações Sociais*, *Ambiente* e *Geral*. Os resultados dos domínios obtêm-se pelo cálculo do somatório dos itens. Assim, correspondem ao domínio *Físico* os itens 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18, ao domínio *Psicológico* os itens 5, 6, 7, 11, 19, 26, ao domínio *Relações Sociais* os itens 20, 21, 22, ao domínio *Ambiente* os itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25 e ao domínio *Geral* os itens 1, 2. É importante referir que os itens 3, 4 e 26 estão formulados negativamente e, como tal, devem ser invertidos.

Os valores mais altos indicam melhor qualidade de vida no domínio considerado. O instrumento não produz um valor total, sendo que os resultados obtidos em cada domínio devem ser transformados de modo a que se possam comparar com outros instrumentos validados (0-20 e 0-100) (Fleck, 2000; Vaz Serra, et al., 2006).

Características Psicométricas

As características psicométricas do WHOQOL-Bref preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e fidelidade teste-reteste, básicos numa avaliação preliminar.

O instrumento apresentou boa consistência interna, medidos pelo *alpha* de *Cronbach*, quer se considerem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios (Fleck, 2000; Vaz Serra, et al., 2006).

A capacidade de discriminar pacientes de indivíduos normais (validade discriminante) foi observada nos domínios 1 (*Físico*), 2 (*Psicológico*) e 4 (*Ambiente*), sendo neste último com nível de significância limítrofe ($\alpha=.06$). O domínio 3 (*Relações Sociais*) não apresentou capacidade de discriminação entre pacientes e população não-clínica. Estes dados diferem dos dados globais do desenvolvimento do instrumento breve em que todos os 4 domínios discriminaram de forma estatisticamente significativa diferenças entre a população não-clínica e pacientes. Os dados gerais do instrumento foram obtidos a partir de uma amostra de 11275 proveniente de diferentes centros enquanto o teste de campo foi realizado a partir de 300 indivíduos. Possivelmente o nível de significância limítrofe referente ao domínio 4 deve-se ao tamanho da amostra. O facto de o domínio 3 não apresentar capacidade de discriminação entre pacientes e população não-clínica pode simplesmente significar que o facto de estar doente não interfere com as relações sociais. O domínio 3 é o domínio que é representado no instrumento pelo menor número de itens (3) e consequentemente pelo menor número de questões. A menor representação em termos do número de questões é um factor que o deixa, do ponto psicométrico, como um domínio menos estável, o que explicaria em parte esta incapacidade de discriminação.

Quando os pacientes foram divididos segundo a sua origem (Clínica, Cirurgia, Ginecologia e Psiquiatria) houve uma tendência para os pacientes psiquiátricos apresentarem os resultados mais baixos em todos os domínios (excepto “nível de independência”). No outro extremo, os indivíduos da população não-clínica apresentaram os melhores resultados em cada um dos domínios.

Para estudar a validade de critério do WHOQOL-BREF, realizou-se uma regressão linear múltipla dos domínios em relação à faceta que avalia a “qualidade de vida geral”. Observou-se que 3 dos 4 domínios fizeram parte do modelo, explicando 44% da variância. Assim, podemos inferir que com a excepção do domínio 3 os domínios restantes foram importantes na definição de qualidade de vida numa amostra de pacientes com doenças de diferentes naturezas e gravidades.

Quando se comparou a correlação entre os diferentes domínios, observou-se que todos os domínios apresentaram coeficientes de correlação significativos entre si, sendo que a correlação entre os domínios *Físico* e *Psicológico* foi a mais alta.

A escala de Beck para Depressão (BDI) e a escala de desesperança de Beck (BHS) foram utilizados como instrumentos de avaliação indirecta de validade concorrente. Estes instrumentos apresentaram correlação significativa com todos os domínios. Tanto o BDI como o BHS apresentaram os maiores coeficientes de correlação com o domínio psicológico.

Finalmente quando foi avaliado a fidelidade teste-reteste, observou-se que não houve diferenças significativas entre as médias nas duas medidas. Todos os coeficientes de correlação das medidas de teste-reteste foram significativas com coeficientes superiores a .69 (OMS, 1998).

Versão Portuguesa

A tradução, adaptação e validação para a população portuguesa seguiu a metodologia empregue pela OMS para a validação internacional do instrumento (Vaz Serra, et al., 2006).

Existia até então uma versão de português do Brasil, contudo as diferenças linguísticas e a existência de um contexto cultural diferente conduziram à necessidade de criar uma nova versão do instrumento. Os itens foram seleccionados tendo em conta a sua capacidade de explicar uma proporção substancial da variância dentro da faceta e domínio que integravam, a sua relação com o modelo geral da QdV e a sua capacidade discriminativa (Vaz Serra, et al., 2006).

A versão portuguesa é constituída por 26 perguntas, representando as facetas específicas dos diferentes domínios, sendo que duas perguntas são mais gerais, relativas à percepção geral da QdV e à percepção geral de saúde.

O estudo quantitativo compreendeu uma amostra total de 604 indivíduos, composta por 315 indivíduos da população normal e 289 doentes, utentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto Português de Oncologia e de Centros de Saúde de Coimbra.

O instrumento revelou boas características psicométricas de consistência interna, fiabilidade temporal, validade discriminante e validade de constructo, permitindo a sua utilização em Portugal. No que diz respeito aos índices de consistência interna, o instrumento apresenta um *alpha* de *Cronbach* para os 26 itens de .95, para o domínio *Físico* de .87, para o domínio *Psicológico* de .84, para o domínio *Relações Sociais* de .64 e para o domínio *Ambiente* de .78.

Estes valores são semelhantes aos observados no estudo que reuniu as amostras de vários centros internacionais.

Em relação à estabilidade temporal, foi feita uma segunda aplicação a um subgrupo de 49 sujeitos, durante um intervalo de tempo que oscilou entre as 3 e as 5 semanas. Os resultados sugerem que o WHOQOL-Bref tem uma boa estabilidade temporal, com coeficientes que variam entre .65 e .85, não se observando diferenças entre as pontuações médias nas duas aplicações do instrumento.

No que diz respeito à validade discriminante, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre um grupo de indivíduos da população normal e um de indivíduos com patologia médica. Sendo que os sujeitos da população normal apresentam maior QdV do que os sujeitos do grupo clínico.

Em relação à validade do constructo, os autores verificaram que os quatro domínios do instrumento se correlacionam de forma estatisticamente significativa entre si. Os melhores coeficientes encontram-se entre os domínios *Psicológico* e *Ambiente* ($r=.57$), *Físico* e *Psicológico* ($r=.55$) e *Relações Sociais* e *Ambiente* ($r=.50$). de igual modo, todos os domínios se correlacionam significativamente com a faceta *Geral*, variando entre $r=.44$ (*Relações Sociais*) e $r=.72$ (*Físico*).

De modo a testar quais os melhores preditores da qualidade de vida, os autores também realizaram uma regressão linear múltipla em relação à faceta *Geral*. Os resultados mostraram que todos os domínios aparecem num modelo linear que explica 58,8% da variância (Vaz Serra, et al., 2006).

Está igualmente em curso o processo de normalização para a população portuguesa (Canavarro & Gameiro, 2006).

Versão do Estudo

Assim, nas tabelas 27 a 30 são apresentados, respectivamente os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do domínio *Físico*, do domínio *Psicológico*, do domínio *Relações Sociais* e do domínio *Ambiente*, da amostra deste estudo.

Tabela 27. Coeficientes de consistência interna do Domínio: *Físico* (7 itens) Sumário do domínio: N = 150, Média = 26,93; Desvio Padrão = 4,61; Alpha de Cronbach = .85

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| QoL - item 3 | 22,99 | 17,356 | ,412 | ,341 | ,859 |
| QoL - item 4 | 22,81 | 16,193 | ,504 | ,353 | ,849 |
| QoL - item 10 | 23,37 | 15,417 | ,733 | ,624 | ,814 |
| QoL - item 15 | 22,81 | 16,475 | ,548 | ,390 | ,840 |
| QoL - item 16 | 23,15 | 15,513 | ,825 | ,753 | ,804 |
| QoL - item 17 | 23,25 | 14,939 | ,766 | ,733 | ,808 |
| QoL - item 18 | 23,17 | 16,091 | ,566 | ,679 | ,838 |

A análise das correlações dos itens do domínio *Físico* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .41, variando entre .41 e .83.

Tabela 28. Coeficientes de consistência interna do Domínio: *Psicológico* (6 itens) Sumário do domínio: N = 150, Média = 21,37; Desvio Padrão = 3,93; Alpha de Cronbach = .78

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| QoL - item 5 | 17,61 | 9,662 | ,705 | ,595 | ,694 |
| QoL - item 6 | 17,71 | 9,725 | ,606 | ,582 | ,725 |
| QoL - item 7 | 18,23 | 12,140 | ,480 | ,338 | ,757 |
| QoL - item 11 | 17,90 | 10,695 | ,607 | ,436 | ,724 |
| QoL - item 19 | 17,57 | 13,454 | ,238 | ,304 | ,804 |
| QoL - item 26 | 17,84 | 11,639 | ,530 | ,321 | ,745 |

A análise das correlações dos itens do domínio *Psicológico* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .24, variando entre .24 e .71.

Tabela 29. Coeficientes de consistência interna do Domínio: *Relações Sociais* (3 itens) Sumário do domínio: N = 150, Média = 10,46; Desvio Padrão = 2,26; Alpha de Cronbach = .61

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| QoL - item 20 | 6,82 | 3,249 | ,357 | ,155 | ,596 |
| QoL - item 21 | 7,30 | 2,064 | ,424 | ,213 | ,555 |
| QoL - item 22 | 6,80 | 2,846 | ,532 | ,284 | ,383 |

A análise das correlações dos itens do domínio *Relações Sociais* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .36, variando entre .36 e .53.

Tabela 30. Coeficientes de consistência interna do Domínio: *Ambiente* (8 itens) Sumário do domínio: N = 150, Média = 26,41; Desvio Padrão = 5,10; Alpha de Cronbach = .77

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| QoL - item 8 | 23,17 | 22,869 | ,378 | ,205 | ,762 |
| QoL - item 9 | 23,35 | 20,498 | ,504 | ,442 | ,741 |
| QoL - item 12 | 23,33 | 17,805 | ,651 | ,541 | ,710 |
| QoL - item 13 | 22,99 | 18,987 | ,633 | ,439 | ,717 |
| QoL - item 14 | 23,37 | 19,618 | ,478 | ,408 | ,747 |
| QoL - item 23 | 22,69 | 21,894 | ,325 | ,307 | ,771 |
| QoL - item 24 | 23,48 | 21,594 | ,352 | ,253 | ,767 |
| QoL - item 25 | 22,46 | 21,364 | ,466 | ,307 | ,748 |

A análise das correlações dos itens do domínio *Ambiente* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .33, variando entre .33 e .65.

Estes valores são semelhantes aos observados nos estudos originais e ao desenvolvido na adaptação/validação para a população portuguesa (Fleck, 2000; Vaz Serra, et al., 2006). Da mesma forma, o domínio *Relações Sociais* é o que apresenta menor valor de consistência interna (.61 versus .64 na versão original), podendo este facto ser atribuído ao menor número de itens comparativamente aos dos restantes domínios.

8.4.7. Escala de Apoio Social Instrumental e Expressivo – (IESSS)

Este instrumento é a versão portuguesa da *Instrumental and Expressive Social Support Scale* (IESSS) que tem o objectivo de avaliar a influência de acontecimentos de vida nos problemas de funcionamento expressivo e instrumental.

A autora sublinha a importância da análise de quatro subescalas: Vínculo Afectivo, Insatisfação com as Relações Íntimas, Conflito e Falta de Dinheiro. A subescala Vínculo Afectivo reporta-nos para o domínio do apoio expressivo, uma vez que faz referência à relação afectiva num domínio íntimo ou particular e a um domínio de suporte afectivo. Diz respeito a um tipo de apoio

social expressivo de onde se salienta a importância do afecto, disponibilidade, compreensão de alguém íntimo ou próximo que de alguma forma possa amortizar os problemas. A subescala Insatisfação com as Relações Íntimas é a segunda mais importante e transporta-nos para o domínio da insatisfação com as relações íntimas e respectivos problemas em particular. Uma vez que faz referência ao tipo de partilha de experiências de vida com alguém íntimo, remete para sentimentos profundos com o amor, satisfação com a sexualidade e estado civil. A subescala Conflito salienta a percepção de apoio social expressivo no círculo da família e no meio social onde o indivíduo se movimenta. Por conseguinte, os desentendimentos familiares, os problemas de comunicação e a relação com pessoas próximas e significativas para os indivíduos podem constituir um obstáculo à percepção de apoio social expressivo e afectarem a vida do indivíduo. A subescala Falta de Dinheiro salienta a importância para a sobrevivência do apoio instrumental ou material, nomeadamente as possibilidades económicas dos indivíduos. Esta subescala permite estabelecer uma relação entre este tipo de apoio e as dimensões emocionais. O IESSS também permite a utilização de um valor total que reflecte o suporte social em várias áreas, incluindo problemas financeiros, solicitações em função de tempo e esforço, existência de companhia adequada, comunicação, dependência, família e em problemas familiares quotidianos.

O apoio social é compreendido como o acesso e utilização de recursos sociais para a preservação do próprio bem-estar do indivíduo. Por conseguinte, este instrumento reflecte a avaliação do apoio social percebido pela pessoa, permitindo compreender melhor a sua situação de vida (Faria, 1999). O facto de ter sido validado numa amostra não-clínica possibilita a sua utilização por todos os participantes do presente estudo.

Cotação/Interpretação

O IESSS consiste numa escala de tipo Likert em que cada item pode ser classificado em cinco categorias diferentes (0 = Muito ou a Maior parte do tempo, 1 = Ocasionalmente, 2 = Algumas vezes, 3 = Raramente, 4 = Nunca). Os resultados interpretam-se de modo a que quanto maior for o resultado obtido, maior é o apoio social instrumental e expressivo percebido pelo indivíduo. Os itens são apresentados com uma breve introdução estimulando o indivíduo a rever os últimos 6 meses da sua vida e a identificar a frequência com que foi incomodado pelos problemas apresentados.

A partir das 28 questões iniciais utilizaram-se diversos critérios de exclusão para a versão portuguesa, ficando esta com 24 questões. Daí que os valores mínimos e máximos que um participante poderá obter será entre 0 e 96.

No estudo de validação para a população portuguesa, utilizou-se uma amostra de 790 sujeitos (de uma população não-clínica) e obteve-se uma média de 34,06, com um desvio padrão de 6,95 (Faria, 1999).

Características Psicométricas

No que diz respeito à consistência interna, os resultados da validação para a população portuguesa, revelaram um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de .84, sendo considerado um valor adequado para fins de investigação (Faria, 1999).

Versão do Estudo

Uma vez que com a utilização deste instrumento, se pretendia avaliar o Suporte Social de uma forma mais genérica nos familiares, decidiu-se usar o valor total da escala e não as subescalas. Isto permite uma avaliação da percepção geral do indivíduo acerca do suporte social e instrumental disponível (Faria, 1999).

É apresentado na tabela 31 o coeficiente de consistência interna de *Cronbach* dos 24 itens do IESSS.

A análise das correlações dos itens do instrumento IESSS com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .18, variando entre .18 e .75.

Assim, o instrumento na população de cuidadores de Dependentes de Substâncias permite avaliar o suporte social expressivo e instrumental por intermédio do cálculo do valor total dos itens. A interpretação deve ser feita no sentido de que valores mais altos indicam uma percepção de maior apoio social e instrumental.

Tabela 31. Coeficientes de consistência interna do IESSS - 24 itens (N = 150) Sumário do instrumento: Média = 60,79; Desvio Padrão = 16,52; Alpha de Cronbach = .88

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|-----------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| IESSS - item 1 | 58,74 | 267,241 | ,304 | ,495 | ,882 |
| IESSS - item 2 | 58,42 | 246,997 | ,677 | ,707 | ,871 |
| IESSS - item 3 | 58,63 | 255,980 | ,575 | ,675 | ,875 |
| IESSS - item 4 | 58,73 | 250,066 | ,617 | ,705 | ,873 |
| IESSS - item 5 | 58,16 | 270,471 | ,363 | ,441 | ,881 |
| IESSS - item 6 | 58,70 | 254,936 | ,616 | ,787 | ,874 |
| IESSS - item 7 | 58,07 | 266,511 | ,320 | ,599 | ,882 |
| IESSS - item 8 | 57,65 | 269,154 | ,380 | ,471 | ,880 |
| IESSS - item 9 | 58,78 | 253,515 | ,600 | ,779 | ,874 |
| IESSS - item 10 | 59,18 | 270,296 | ,209 | ,800 | ,885 |
| IESSS - item 11 | 57,42 | 260,702 | ,175 | ,503 | ,897 |
| IESSS - item 12 | 57,96 | 270,414 | ,217 | ,441 | ,884 |
| IESSS - item 13 | 58,39 | 260,977 | ,503 | ,653 | ,877 |
| IESSS - item 14 | 58,91 | 259,213 | ,462 | ,802 | ,878 |
| IESSS - item 15 | 58,00 | 264,966 | ,385 | ,633 | ,880 |
| IESSS - item 16 | 58,23 | 261,173 | ,540 | ,617 | ,876 |
| IESSS - item 17 | 58,49 | 254,990 | ,596 | ,669 | ,874 |
| IESSS - item 18 | 58,24 | 257,902 | ,560 | ,827 | ,876 |
| IESSS - item 19 | 58,71 | 248,904 | ,751 | ,804 | ,870 |
| IESSS - item 20 | 58,77 | 255,371 | ,600 | ,772 | ,874 |
| IESSS - item 21 | 58,50 | 268,144 | ,407 | ,637 | ,880 |
| IESSS - item 22 | 58,65 | 250,282 | ,721 | ,822 | ,871 |
| IESSS - item 23 | 58,67 | 255,969 | ,618 | ,681 | ,874 |
| IESSS - item 24 | 57,77 | 267,304 | ,314 | ,675 | ,882 |

8.4.8. Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)

Trata-se de um instrumento com 30 itens, orientado para a identificação de estratégias comportamentais e de resolução de problemas, utilizadas por famílias com dificuldades ou em situações difíceis.

Na construção da escala foram tidas em atenção as dimensões de *coping* descritas pelo modelo ABCX (McCubbin et al., 1983) e integraram as estratégias de *coping*, os recursos familiares e a percepção e significado do acontecimento da teoria do *stress* familiar. O F-COPES foi desenvolvido com o objectivo de analisar dois níveis de interacção: o indivíduo com o sistema familiar (estratégias que as famílias utilizam para lidar com as dificuldades no núcleo familiar) e do

sistema familiar com o contexto social mais amplo (estratégias que as famílias utilizam para lidar com os problemas do meio externo) (McCubbin, Olson, & Larsen 1996).

Este instrumento tem sido utilizado para avaliar as competências de *coping* familiar internas em termos de *Reframing* e *Avaliação Passiva*, enquanto os padrões de *coping* externos são avaliados através das três subescalas (*Obtenção de Suporte Social*, *Procura de Suporte Espiritual* e *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda*) (McCubbin, Olson, & Larsen 1987, 1991). Tem implícita a ligação entre as teorias de *stress* e *coping* familiar, sendo assumido que as estratégias de *coping* da família não são desenvolvidas num momento único e específico, mas sim como resultado de um processo que as modifica gradualmente ao longo do tempo.

O F-COPES apresenta-se como um instrumento importante, uma vez que é um dos poucos disponíveis para avaliar a capacidade de *coping* da família (McCubbin, Larsen, & Olson, 1982).

Cotação/Interpretação

O F-COPES possui 5 subescalas: *Obtenção de Suporte Social*, *Reframing* (redefinição de acontecimentos *stressantes* de modo a torná-los mais lidáveis), *Procura de Suporte Espiritual*, *Mobilização da Família para Obtenção e Aceitação de Ajuda* e *Avaliação Passiva* (capacidade para aceitar assuntos problemáticos). Todas as questões são cotadas de 1 (Discordo Fortemente) a 5 (Concordo Fortemente), sendo que quanto maior o resultado maior será o *Coping* Familiar. Os itens correspondentes à *Avaliação Passiva* são cotados inversamente.

Características Psicométricas

Em termos de fiabilidade, baseada numa amostra de 2582 sujeitos, o F-COPES tem uma consistência interna muito boa com $\alpha = .86$. As subescalas têm alphas que vão desde .63 (*Avaliação Passiva*) a .83 (*Obtenção de Suporte Social*). O F-COPES tem igualmente uma boa estabilidade no teste re-teste a 4 semanas, com uma correlação de .81. As subescalas possuem correlações de teste re-teste que vão desde .61 (*Reframing*) a .95 (*Procura de Suporte Espiritual*).

No que diz respeito à validade, o instrumento tem muito boa validade factorial e validade concorrente, correlacionando-se com muitas outras medidas familiares (McCubbin, Larson, & Olsen 1982). O estudo foi realizado numa amostra de 2740 homens, mulheres e adolescentes que estavam divididos em dois grupos (adultos/adolescentes). A estrutura factorial evidenciou que as oito escalas iniciais podiam ser resumidas em cinco. Um item foi eliminado da escala (item 18), resultando numa versão final de 29 itens, com *loadings* superiores ou iguais a .35. o α de

Cronbach para cada grupo da amostra variou entre .86 para o primeiro grupo e .87 para o segundo grupo (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 2001).

Versão Portuguesa

Cotação/Interpretação

A escala é composta por 29 itens e é orientada para a identificação de estratégias comportamentais e de resolução de problemas, utilizadas por famílias em situações difíceis ou problemáticas (McCubbin et al., 2001; Vaz Serra, 1990).

Como já foi dito, o F-COPES possui cinco subescalas: *Obtenção de Suporte Social* (itens 1, 2, 4, 5, 10, 16, 20, 25, 29) que avalia a “capacidade para activamente comprometer-se em obter suporte de amigos, vizinhos e família alargada”; *Reenquadramento (reframing)* (itens 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22, 24) que avalia a “redefinição de acontecimentos *stressantes* de modo a torná-los mais fáceis de lidar, numa visão mais optimista”; *Procura de Suporte Espiritual* (itens 14, 23, 27, 30) que avalia a capacidade da família para obter suporte espiritual junto das pessoas/instituições ou no seu próprio sistema de crenças; *Mobilização da Família para Obtenção e Aceitação de Ajuda* (itens 6, 8, 9, 21) que avalia a capacidade da família para “procurar recursos na comunidade e aceitar a ajuda de outros”; *Avaliação Passiva* (itens 12, 17, 26, 28) que avalia o grau no qual as famílias “aceitam/lidam com os *stressores* de modo a diminuir a reactividade do sistema”, não estando relacionado com a intensidade actual do *stressor* mas sim com a capacidade para aceitar assuntos problemáticos (Mendes, et al., 1999).

Quanto à cotação, os itens baseiam-se numa escala Likert de 5 pontos, variando entre “discordo totalmente” (1 ponto) e “concordo totalmente” (5 pontos). Inicialmente, McCubbin e colaboradores (1987, 1991) propuseram que os itens referentes à escala *Avaliação Passiva* fossem invertidos, contudo essa informação é contraditória com outros artigos (Olson, et al., 1984). De igual modo, Azevedo (2007) realizou experimentalmente a conversão dos itens e verificou que tal modificação não trazia mais-valias à análise da validação da escala, não fazendo sentido essa indicação. Assim, como resultado desta incoerência e na não apresentação de uma justificação teórica para tal procedimento, também não será feita a inversão dos itens correspondentes nesta amostra.

As dimensões das estratégias de *coping* da família no F-COPES são avaliadas mediante o recurso ao valor total e aos resultados das subescalas. O resultado total pode variar de 0 a 145 e os resultados mais elevados estão associados a uma maior utilização global das estratégias de *coping*.

Num estudo realizado por Mendes e colaboradores (1999), obtiveram-se as seguintes médias e desvios padrão: *Total* da escala (93,6; 20,2), *Obtenção de Suporte Social* (31,1; 10,2), *Reenquadramento* (26,1; 9,6), *Procura de Suporte Espiritual* (13,1; 3,8), *Mobilização da Família para Obtenção e Aceitação de Ajuda* (11,4; 5,00), *Avaliação Passiva* (10,4; 4,9). Numa amostra com 101 doentes com Psoríase, Brito (2008) entrou os seguintes valores de média e desvio padrão: *Total* da escala (97,50; 15,97), *Obtenção de Suporte Social* (29,63; 6,85), *Reenquadramento* (31,90; 4,61), *Procura de Suporte Espiritual* (12,40; 4,31), *Mobilização da Família para Obtenção e Aceitação de Ajuda* (11,70; 4,40), *Avaliação Passiva* (11,86; 3,07)

Mendes e colaboradores (1999), encontraram uma óptima fidelidade no F-COPES, evidenciado nos valores obtidos na correlação item-total (excluindo o item) em cada subescala. Uma vez que os dois valores mais baixos (.29 e .30) são superiores a .20, o qual é o mínimo valor aceitável, de acordo com alguns autores (por ex.: Nunnally, 1978). Isto permite concluir a homogeneidade dos itens, considerando cada subescala e a escala total. O *alpha* das subescalas encontrada foi de: *Obtenção de Suporte Social* (.78), *Reenquadramento* (.75), *Procura de Suporte Espiritual* (.80), *Mobilização da Família para Obtenção e Aceitação de Ajuda* (.72), *Avaliação Passiva* (.55).

Azevedo (2007) estudou as características psicométricas do instrumento numa amostra de 274 sujeitos recolhidos em centros de saúde do concelho de Coimbra, no CEIFAC e no Hospital Pediátrico de Coimbra, com idades compreendidas entre os 14 e os 84 anos (média 50,48; desvio padrão 16,81) e essencialmente do sexo feminino (66,4%). O *alpha Total* foi de .87, da subescala *Obtenção de Suporte Social* .80, da subescala *Reenquadramento* .62, da subescala *Procura de Suporte Espiritual* .78, da subescala *Mobilização da Família para Obtenção e Aceitação de Ajuda* .70, da subescala *Avaliação Passiva* .61. No entanto, não foi reproduzida a mesma estrutura factorial, sendo que o autor considerou que tais diferenças podem estar associadas a características da amostra e a factores culturais.

Na sua amostra de cuidadores de pacientes com Psoríase, Brito (2008) encontrou os seguintes coeficientes de consistência interna: *alpha Total* = .86, subescala *Obtenção de Suporte Social* .80, subescala *Reenquadramento* .70, subescala *Procura de Suporte Espiritual* .81, subescala *Mobilização da Família para Obtenção e Aceitação de Ajuda* .75 e subescala *Avaliação Passiva* .52.

Versão do Estudo

De seguida, nas tabelas 32 a 37 respectivamente, será apresentado o estudo de consistência interna dos 29 itens do F-COPES e das subescalas *Obtenção de Suporte Social*, *Reenquadramento*, *Procura de Suporte Social*, *Mobilização da Família para Obtenção e Aceitação de Ajuda* e *Avaliação Passiva*.

Tabela 32. Coeficientes de consistência interna do F-COPES - 29 itens (N = 150) Sumário do instrumento: Média = 91,55; Desvio Padrão = 13,69; Alpha de Cronbach = .86

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|---------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| F-COPES - 1 | 88,38 | 169,271 | ,577 | ,885 | ,847 |
| F-COPES - 2 | 88,43 | 182,005 | ,371 | ,699 | ,855 |
| F-COPES - 3 | 87,61 | 177,500 | ,402 | ,857 | ,853 |
| F-COPES - 4 | 88,53 | 168,949 | ,691 | ,961 | ,845 |
| F-COPES - 5 | 88,87 | 174,420 | ,553 | ,768 | ,850 |
| F-COPES - 6 | 87,57 | 171,885 | ,463 | ,829 | ,851 |
| F-COPES - 7 | 87,53 | 180,278 | ,261 | ,640 | ,856 |
| F-COPES - 8 | 87,57 | 176,166 | ,418 | ,780 | ,852 |
| F-COPES - 9 | 87,95 | 170,541 | ,489 | ,791 | ,850 |
| F-COPES - 10 | 88,98 | 172,812 | ,680 | ,916 | ,847 |
| F-COPES - 11 | 88,45 | 177,121 | ,276 | ,729 | ,857 |
| F-COPES - 12 | 89,67 | 183,711 | ,044 | ,518 | ,866 |
| F-COPES - 13 | 88,29 | 171,980 | ,469 | ,750 | ,851 |
| F-COPES - 14 | 88,82 | 184,686 | ,064 | ,751 | ,861 |
| F-COPES - 15 | 88,29 | 175,900 | ,398 | ,744 | ,853 |
| F-COPES - 16 | 88,59 | 168,632 | ,725 | ,859 | ,844 |
| F-COPES - 17 | 89,23 | 178,633 | ,238 | ,460 | ,858 |
| F-COPES - 19 | 88,14 | 174,564 | ,434 | ,763 | ,852 |
| F-COPES - 20 | 88,55 | 162,665 | ,749 | ,952 | ,841 |
| F-COPES - 21 | 87,95 | 182,743 | ,181 | ,462 | ,858 |
| F-COPES - 22 | 88,07 | 172,345 | ,529 | ,798 | ,849 |
| F-COPES - 23 | 88,64 | 178,997 | ,199 | ,757 | ,860 |
| F-COPES - 24 | 87,96 | 176,951 | ,427 | ,862 | ,852 |
| F-COPES - 25 | 89,27 | 168,361 | ,747 | ,879 | ,844 |
| F-COPES - 26 | 87,55 | 181,860 | ,200 | ,220 | ,858 |
| F-COPES - 27 | 88,42 | 175,319 | ,314 | ,898 | ,856 |
| F-COPES - 28 | 89,62 | 184,935 | ,025 | ,608 | ,865 |
| F-COPES - 29 | 88,03 | 168,617 | ,721 | ,834 | ,844 |
| F-COPES - 30 | 88,52 | 179,191 | ,156 | ,785 | ,863 |

A análise das correlações dos itens do instrumento F-COPES com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .03, variando entre .03 e .75.

Tabela 33. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Obtenção de Suporte Social* (9 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 26,34; Desvio Padrão = 6,92; Alpha de Cronbach = .94

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|---------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| F-COPES - 1 | 23,17 | 36,328 | ,761 | ,820 | ,933 |
| F-COPES - 2 | 23,21 | 44,598 | ,444 | ,541 | ,946 |
| F-COPES - 4 | 23,32 | 37,347 | ,806 | ,936 | ,929 |
| F-COPES - 5 | 23,66 | 40,239 | ,652 | ,672 | ,938 |
| F-COPES - 10 | 23,77 | 39,106 | ,836 | ,879 | ,929 |
| F-COPES - 16 | 23,38 | 37,338 | ,833 | ,829 | ,928 |
| F-COPES - 20 | 23,34 | 33,595 | ,909 | ,927 | ,923 |
| F-COPES - 25 | 24,06 | 37,077 | ,872 | ,822 | ,925 |
| F-COPES - 29 | 22,81 | 37,441 | ,817 | ,727 | ,929 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Obtenção de Suporte Social* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .44, variando entre .44 e .91.

Tabela 34. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Reenquadramento* (8 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 28,09; Desvio Padrão = 5,22; Alpha de Cronbach = .80

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|---------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| F-COPES – 3 | 24,15 | 22,207 | ,531 | ,759 | ,782 |
| F-COPES – 7 | 24,06 | 24,137 | ,257 | ,458 | ,816 |
| F-COPES – 11 | 24,98 | 21,040 | ,430 | ,619 | ,800 |
| F-COPES – 13 | 24,83 | 19,728 | ,607 | ,632 | ,768 |
| F-COPES – 15 | 24,83 | 22,319 | ,416 | ,594 | ,797 |
| F-COPES – 19 | 24,67 | 21,242 | ,521 | ,532 | ,782 |
| F-COPES – 22 | 24,60 | 19,624 | ,735 | ,744 | ,748 |
| F-COPES – 24 | 24,49 | 21,003 | ,701 | ,770 | ,759 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Reenquadramento* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .26, variando entre .26 e .74.

Tabela 35. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Procura de Suporte Espiritual* (4 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 11,81; Desvio Padrão = 4,28; Alpha de Cronbach = .88

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|---------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| F-COPES - 14 | 9,08 | 13,094 | ,602 | ,592 | ,893 |
| F-COPES - 23 | 8,90 | 10,802 | ,709 | ,630 | ,854 |
| F-COPES - 27 | 8,68 | 9,803 | ,882 | ,804 | ,783 |
| F-COPES - 30 | 8,78 | 9,220 | ,792 | ,653 | ,825 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Procura de Suporte Espiritual* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .60 variando entre .60 e .88.

Tabela 36. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda* (4 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 15,17; Desvio Padrão = 3,12; Alpha de Cronbach = .74

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|---------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| F-COPES - 6 | 11,18 | 4,806 | ,703 | ,692 | ,572 |
| F-COPES - 8 | 11,19 | 5,535 | ,765 | ,590 | ,562 |
| F-COPES - 9 | 11,57 | 4,502 | ,743 | ,673 | ,541 |
| F-COPES - 21 | 11,57 | 8,985 | ,022 | ,115 | ,887 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .02, variando entre .02 e .77.

Tabela 37. Coeficientes de consistência interna da Subescala: *Avaliação Passiva* (4 itens) Sumário da escala: N = 150, Média = 10,15; Desvio Padrão = 3,02; Alpha de Cronbach = .51

| | Média se eliminado | Variância se eliminado | Correlação com o total (corrigido) | Correlação Múltipla Quadrada | Alpha se eliminado |
|---------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| F-COPES - 12 | 8,27 | 5,016 | ,337 | ,256 | ,397 |
| F-COPES - 17 | 7,82 | 6,296 | ,251 | ,231 | ,473 |
| F-COPES - 26 | 6,14 | 8,041 | ,059 | ,013 | ,588 |
| F-COPES - 28 | 8,21 | 4,518 | ,568 | ,397 | ,141 |

A análise das correlações dos itens da subescala *Avaliação Passiva* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .06, variando entre .06 e .57.

O valor de consistência interna da subescala *Avaliação Passiva* é baixo (.51), no entanto decidiu-se manter a subescala devido à sua importância e também porque os estudos realizados em Portugal encontraram valores semelhantes (.52, .55 e .61) (Azevedo, 2007; Brito, 2008; Mendes, et al., 1999).

8.5. Procedimento Experimental

8.5.1. Recolha de dados

Os dados foram recolhidos entre Janeiro e Fevereiro de 2007 junto de cuidadores de utentes de comunidades terapêuticas, de frequentadores de grupos de auto-ajuda para familiares de adictos e de indivíduos que frequentavam grupos comunitários, tais como escolas profissionais, universidades e grupos recreativos da zona Norte de Portugal. O procedimento experimental foi realizado na unidade laboratorial de Psicofisiologia na Universidade do Minho e nas salas disponibilizadas pelas instituições de acolhimento. As salas foram seleccionadas tendo em consideração as suas dimensões, as condições de insonorização, de climatização, de iluminação, privacidade e conforto.

O protocolo experimental propriamente dito, desenvolveu-se em dois momentos (M1, M2), habitualmente em dois dias seguidos. Assim, num primeiro contacto, presencial ou telefónico, convidava-se o cuidador a participar, explicando-se genericamente o objectivo e as tarefas do estudo. Nas situações em que os indivíduos aceitavam participar (M1), foi pedido o consentimento informado por escrito, sendo-lhes dada informação adicional sobre as tarefas, esclarecendo-se as possíveis dúvidas. De seguida, foi-lhes solicitado o preenchimento dos questionários (Questionário sócio-demográfico, BDI, BSI, CRA, EARAT, WHOQOL-Bref, EASEI, F-COPES), sendo que os participantes do grupo dos não-cuidadores não preencheram o CRA e o EARAT, dado que são instrumentos específicos da função de cuidador de toxicodependente. Após o preenchimento dos questionários, foram entregues a todos os participantes dois salivette's devidamente assinalados com o código correspondente (local, grupo experimental, n.º do sujeito, ordem da amostra) e com os números "1" e "2" em destaque. Foi dada a instrução de que, no dia seguinte de manhã ao acordar (M2), deveriam utilizar o kit marcado com "1". Isto é, deveriam abrir a embalagem, mascar

suavemente o algodão que aí se encontrava durante 30 segundos, colocando-o posteriormente na embalagem plástica “1”. De seguida, colocariam a embalagem “1” no recipiente fornecido (saco plástico hermético com zip). Os sujeitos foram igualmente instruídos, de que deveriam repetir o mesmo procedimento, para o kit “2”, ao fim de 30 minutos, sabendo que durante esse período de tempo deveriam manter-se em jejum. Após a utilização do kit “2”, colocariam as amostras no saco plástico, que por sua vez, seria mantido no frigorífico até à altura em que se deslocavam ao *setting* experimental. Este procedimento está protocolado e tem sido utilizado por diversos autores (M. E. De Vugt, et al., 2005; Dettenborn, Rosenloecher, & Kirschbaum, 2007; Dörfel, Rabe, & Karl, 2008; Polk, et al., 2005). Na mesma manhã, os indivíduos participaram numa situação indutora de *stress* emocional (visionamento das imagens seleccionadas do IAPS).

Para esse *setting*, os participantes fizeram-se acompanhar dos kits de cortisol e, na presença do material de exposição de imagens, foram fornecidos pormenores adicionais sobre esse momento experimental, inclusivamente sobre a possibilidade de abandonar a experiência a qualquer momento. De seguida, foi-lhes apresentado em detalhe o material de recolha dos sinais psicofisiológicos e foram sentados em frente a uma secretária, onde previamente havia sido montado e ligado todo o equipamento. Em frente dos participantes, foi colocado um ecrã LCD (Hyundai B70A) a cerca de 60 cm dos seus olhos, estando o experimentador igualmente sentado em frente juntamente com o computador portátil e a parafernália do Physiolab (interface I-330-C2+ de 6 canais, sensores MC-6SY, SE-35 e MC-5D).

Antes da colocação dos sensores, utilizando-se uma porção de algodão embebido em álcool, limpavam-se as partes das mãos e do pulso que estariam em contacto com os sensores. Era, igualmente pedido aos participantes para colocarem um pouco de algodão nos ouvidos para se minimizar a ocorrência de desvios de atenção súbitos. De seguida, a monitorização das funções fisiológicas foi processada do seguinte modo: utilização de uma porção de algodão embebido no gel JE-24, nas áreas das mãos e pulsos que receberam os sensores; colocação do sensor MC-5D em ambos os pulsos do sujeito, presos por bandas elásticas e ligação ao interface computacional posição “A”; ligação do sensor SE-35 com o sensor MC-6SY; colocação do sensor MC-6SY nos dedos da mão esquerda do sujeito nos espaços (falanges médias) e ligação ao interface computacional posição “B”. O interface computacional foi ligado a um computador portátil via porta USB, sendo os registos analisados pelo *software* USE3. Foi pedido aos sujeitos para desligarem os equipamentos electrónicos, de modo a minimizar a ocorrência de artefactos. Assim, foi avaliada a qualidade do sinal, só se avançando se os níveis estivessem bons (gráficos de cor verde), caso

contrário era repetido o procedimento de preparação da pele ou a recolocação do sensor no pulso até se atingir um nível aceitável (figura 12).

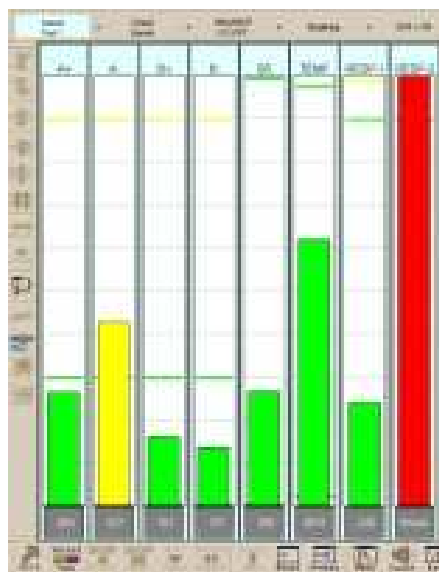


Figura 12. Ecrã de verificação da Qualidade do Sinal

De seguida, correram-se simultaneamente o instrumento de visualização (Powerpoint) e a rotina de recolha fisiológica (USE3). É importante referir que os participantes não tinham acesso à informação dos sinais fisiológicos que estavam a ser recolhidos no portátil, apenas viam a imagens que estavam a ser mostradas no monitor. Terminado o processo de visualização das imagens, os dados eram gravados na pasta referente ao sujeito. Era entregue o kit salivette marcado com o código do participante e o número “3” em destaque, sendo pedido ao participante que repetisse o procedimento, após o qual o kit era devidamente acondicionado. Os sensores eram retirados do participante e agradecida a sua participação no estudo.

8.5.2. Análise dos Dados

Após a colheita da amostra, os dados foram processados no *software* SPSS, versão 16. Os dados de caracterização da amostra foram dispostos em quadros compostos de distribuição de frequência. As respostas às questões de investigação passaram em primeiro lugar pelo estudo da existência ou não dos corolários para aplicação de estatística paramétrica, isto é, as variáveis dependentes serem de natureza intervalar, seguirem uma distribuição normal e existir

homogeneidade de variância na distribuição da variável independente em relação à dependente (Almeida & Freire, 2003).

As amostras de cortisol salivar foram enviadas para o laboratório do Departamento de Psicologia Biológica da Universidade Técnica de Dresden, tendo sido analisadas de acordo com o protocolo elaborado pelo mesmo. Podem ser encontradas informações adicionais sobre o processo de extracção e análise do cortisol salivar em diversas publicações (De Vugt, et al., 2005; Kirschbaum & Hellhammer, 1989; McEwen, 1998; Polk, et al., 2005; Pruessner, et al., 1999). Os resultados foram recebidos em forma de documento Excel, com o código do participante e o valor do cortisol em nmol/l. Posteriormente, foram inseridos na base de dados do SPSS, para análise estatística.

A variável *Cortisol Awakening Response* (CAR) foi calculada pela subtracção do valor mais alto (45 minutos após o despertar – salivette 2) com o do despertar (salivette 1), correspondendo a uma avaliação da activação matinal do eixo HPA.

A variável *Area Under the Curve with respect to ground* (AUCg) foi calculada com base na fórmula trapezóide e consiste em: $(\text{salivette 2} + \text{salivette 1})/2 + (\text{salivette 3} + \text{salivette 2})/2$. Esta análise foi realizada com o objectivo de avaliar o *output* hormonal total de cortisol diário.

A variável *Area Under the Curve with respect to increase* (AUCi) foi também calculada com base na fórmula trapezóide e consiste em: $[(\text{salivette 2} + \text{salivette 1})/2 + (\text{salivette 3} + \text{salivette 2})/2] - 2 \times \text{salivette 1}$. Esta análise foi realizada com o objectivo de avaliar a sensibilidade da produção hormonal de cortisol. Estas fórmulas foram calculadas inicialmente por Kirschbaum e Hellhammer (1989) e mais tarde desenvolvidas por Pruessner e colaboradores (2003) e têm vindo a ser utilizadas em diversos estudos (Kudielka & Wüst, 2008; Minetto, et al., 2008; Pedrosa Gil, et al., 2008; Thorn, et al., 2009; Vedhara, Miles, et al., 2003; Wolf, Fujiwara, Luwinski, Markowitsch, & Kirschbaum, 2005).

Os dados fisiológicos foram gravados, logo após a recolha, pelo *software* USE3. Posteriormente, foram acedidos e exportados para uma folha Excel, sendo depois copiados para a base de dados do SPSS, para análise estatística. Posteriormente, foi aplicada uma fórmula para o cálculo da reactividade emocional. Assim, para cada variável dependente (Batimentos cardíacos – Imagens Positivas, Batimentos cardíacos – Imagens Negativas, Batimentos cardíacos – Imagens Neutras, Condutância da Pele – Imagens Positivas, Condutância da Pele – Imagens Negativas, Condutância da Pele – Imagens Neutras) foi subtraído o valor da média da *Baseline* anterior. De

seguida, foi calculada a média dos valores das duas apresentações, ficando com as variáveis *Baseline* Cardíaca, Reactividade Cardíaca – Imagens Positivas, Reactividade Cardíaca – Imagens Negativas, Reactividade Cardíaca – Imagens Neutras, *Baseline* Electrodermica, Reactividade Electrodermica – Imagens Positivas, Reactividade Electrodermica – Imagens Negativas, Reactividade Electrodermica – Imagens Neutras. É igualmente importante referir que os valores das *Baselines* foram calculados pela média aritmética simples das duas apresentações. Este procedimento de “redução de dados e análise” tem sido utilizado por diversos autores no campo da imagiologia emocional (Bremner, Vythilingam, Anderson, et al., 2003; Cohen, et al., 2000a; Mares & Jureidini, 2004; Sautter, et al., 2006; Scheeringa, Peebles, Cook, & Zeanah, 2001; Schreier, Ladakakos, Chapman, Morabito, & Knudson, 2005; Stuber, et al., 2003).

Com base nos dados recolhidos, constituíram-se quatro grupos com base no critério “tempo de abstinência do paciente”. Assim, o grupo 1 (G1) era constituído por cuidadores de dependentes de substâncias que não estavam abstinentes, o grupo 2 (G2) por cuidadores de dependentes de substâncias que estavam abstinentes há menos de 5 anos, o grupo 3 (G3) por cuidadores de dependentes de substâncias que estavam abstinentes há mais de 5 anos e o grupo 4 (G4) por participantes que não eram cuidadores de pacientes com uma doença crónica ou debilitante.

Capítulo IX – Resultados

9.1. Descritivos

9.1.1. Amostra

Em relação à informação sócio-demográfica, a média de idades da amostra foi de 49,92 anos (DP = 12,62; Mediana = 52, 00). Participaram 116 indivíduos do sexo feminino, com média de idades igual a 48,79 anos (DP = 12,62; Mediana = 52,00) e 40 indivíduos do sexo masculino com média de idades igual a 53,20 anos (DP = 12,19; Mediana = 55,00).

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes era casada/união de facto (80,1%), 9,6% era divorciada/separada, 6,4% era viúva e 3,8% era solteira.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes possuía o ensino secundário concluído (32,1%), 23,7% tinha formação no ensino superior, 21,8% o ensino básico, 17,9% o ensino preparatório e 4,5% o ensino médio/curso profissional.

Em relação à presença de filhos, 89,1% responderam afirmativamente, desses, 71,8% eram filhos adultos, 10,9% tinham até 12 anos, 3,2% eram adolescentes e 3,2% estavam na idade pré-escolar.

Em relação à saúde, 29,5% dos cuidadores referiu ter uma doença crónica ou que necessitasse de cuidados médicos. As doenças mais referidas foram a Depressão e doenças da síndrome metabólica (hipertensão arterial, hiperlipidemia, dislipidemia, hiperglicemia, diabetes). No que diz respeito à medicação, 54,5% dos participantes tomavam algum tipo de medicação. Isto é, todos os que referiram ter uma doença que necessitasse de cuidados estavam medicados com antidepressivos e específicos das doenças metabólicas e os restantes 25% tomavam antidepressivos e ansiolíticos. Para além disso, 44 participantes do sexo feminino (28,2% da amostra) tomava anticoncepcionais ou fazia terapia de substituição hormonal.

No que diz respeito a hábitos tabágicos, 89,1% da amostra não fumava, 5,8% fumava entre 1 a 10 cigarros por dia e 5,1% fumava entre 10 a 20 cigarros.

Quando questionados sobre se cuidavam de mais alguém (para além do adicto), 28,2% respondeu afirmativamente (filhos até à adolescência) (cf. Tabela 38).

Tabela 38. Variáveis sócio-demográficas e clínicas dos Cuidadores em função do grupo

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|--|---------------|---------------|--------------|---------------|
| N | 45 | 39 | 36 | 36 |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 9 | 6 | 14 | 11 |
| Feminino | 36 | 33 | 22 | 25 |
| Idade - Média (DP) | 50,22 (13,95) | 50,18 (12,95) | 54,56 (7,00) | 44,64 (13,36) |
| Estado civil | | | | |
| Solteiro | 3 | 3 | 0 | 0 |
| Casado/União de facto | 36 | 29 | 27 | 33 |
| Divorciado/Separado | 4 | 6 | 5 | 0 |
| Viúvo | 2 | 1 | 4 | 3 |
| Nível de escolaridade | | | | |
| Ensino básico | 9 | 9 | 7 | 7 |
| Ensino preparatório | 9 | 9 | 11 | 3 |
| Ensino médio/curso profissional | 5 | 0 | 2 | 0 |
| Ensino secundário | 11 | 16 | 13 | 10 |
| Ensino superior | 11 | 7 | 3 | 16 |
| Idade dos filhos | | | | |
| Não tem | 6 | 7 | 0 | 4 |
| Pré-escolar | 1 | 2 | 0 | 2 |
| Até 12 anos | 4 | 2 | 1 | 10 |
| Adolescente | 2 | 1 | 2 | 0 |
| Adulto | 32 | 27 | 33 | 20 |
| Doença | | | | |
| Sim | 16 | 15 | 9 | 6 |
| Não | 29 | 24 | 27 | 30 |
| Medicação | | | | |
| Sim | 39 | 18 | 11 | 17 |
| Não | 6 | 21 | 25 | 19 |
| Fase da menstruação | | | | |
| Folicular | 7 | 3 | 3 | 5 |
| Ovulatória | 2 | 4 | 1 | 3 |
| Luteínica | 5 | 2 | 1 | 8 |
| Não se aplica | 31 | 30 | 31 | 20 |
| Hábito tabágico | | | | |
| Não | 40 | 27 | 36 | 36 |
| 1-10 cigarros | 2 | 7 | 0 | 0 |
| 11-20 cigarros | 3 | 5 | 0 | 0 |
| Encargo com outro significativo | | | | |
| Sim | 12 | 15 | 17 | 36 |
| Não | 33 | 24 | 19 | 0 |

Em relação ao Dependente de Substâncias de quem cuidavam, os cuidadores referiram que 48,1% eram filhos, 19,9% eram cônjuges, 5,1% eram irmãos, 1,9% eram sobrinhos e em 1,9%

tinham outro parentesco/afinidade não especificada. Em relação ao género, 62,2% eram do sexo masculino. As idades dos adictos variavam entre os 18 e os 65 anos (média = 34,08, DP = 8,95, mediana = 31,00), sendo a maioria solteiros (42,3%), seguidos dos casados/união de facto (30,1%) e divorciados/separados (4,5%).

Em relação às habilitações literárias, a maioria dos pacientes tem o ensino secundário (28,8%), 18,6% tem o ensino preparatório, 16,0% o ensino superior, 9,0% o ensino médio/curso profissional e 4,5% o ensino básico. Apesar de 61,7% dos adictos estar empregada, 58,3% depende financeiramente do cuidador, sendo que 69,2% moram com ele (cf. Tabela 39).

Tabela 39. Variáveis sócio-demográficas dos Pacientes em função do grupo

| | G1 | G2 | G3 |
|---|--------------|--------------|---------------|
| Parentesco do paciente | | | |
| Filho/a | 26 | 26 | 23 |
| Cônjuge | 13 | 8 | 10 |
| Irmã/o | 5 | 3 | 0 |
| Sobrinho/a | 1 | 2 | 0 |
| Outro | 0 | 0 | 3 |
| Sexo do paciente | | | |
| Masculino | 41 | 31 | 25 |
| Feminino | 4 | 8 | 11 |
| Idade - Média (DP) | 34,04 (9,46) | 30,87 (5,25) | 37,58 (10,29) |
| Estado civil do paciente | | | |
| Solteiro | 27 | 25 | 14 |
| Casado/União de facto | 18 | 11 | 18 |
| Divorciado/Separado | 0 | 3 | 4 |
| Nível de escolaridade do paciente | | | |
| Ensino básico | 2 | 4 | 1 |
| Ensino preparatório | 15 | 7 | 7 |
| Ensino médio/curso profissional | 17 | 13 | 15 |
| Ensino secundário | 5 | 5 | 4 |
| Ensino superior | 6 | 10 | 9 |
| Situação profissional do paciente | | | |
| Empregado | 26 | 23 | 25 |
| Desempregado | 19 | 16 | 11 |
| Paciente depende financeiramente do cuidador | | | |
| Sim | 26 | 26 | 18 |
| Não | 19 | 13 | 18 |
| Paciente mora com o cuidador | | | |
| Sim | 34 | 29 | 20 |
| Não | 11 | 10 | 16 |

Em relação aos hábitos de uso de substâncias do seu familiar, os cuidadores referiram que a idade média de início do consumo de substâncias foi de 15,96 anos (DP = 3,82, mediana = 15, mínimo = 12, máximo = 30), sendo que a maioria refere fumar (77,4%) o haxixe (33,9%) e a *cannabis* (30,4%) como as substâncias utilizadas. Os cuidadores referem que detectaram o problema em média há 10,01 anos (DP = 7,47, mediana = 8,00, mínimo = 1,00, máximo = 8,00). Actualmente, os cuidadores indicam que os seus familiares utilizam polissubstâncias (duas ou mais - 55,1%), consumidas de várias formas (44,1%). Os adictos fizeram em média 2,81 desintoxicações em casa (DP = 6,72, mediana = 1, mínimo = 0,00, máximo = 50,00), 1,88 desintoxicações em clínicas/CAT (DP = 2,18, mediana = 1, mínimo = 0,00, máximo = 8,00) e 1,77 internamentos em comunidades terapêuticas (DP = 1,36, mediana = 1,00, mínimo = 0,00, máximo = 7,00). A maioria dos adictos está em abstinência (62,5%), nunca esteve preso (prisão efectiva) por problemas relacionados com a Dependência de Substâncias (89,2%) e tem problemas de saúde graves devido ao abuso de substâncias (55,8%) (cf. Tabela 40).

Tabela 40. Variáveis clínicas dos Pacientes em função do grupo

| | G1 | G2 | G3 |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Idade do primeiro consumo – Média (DP) | 15,81 (3,70) | 16,14 (3,98) | 14,06 (2,59) |
| Substância de início | | | |
| Heroína | 0 | 3 | 5 |
| Cocaína | 4 | 3 | 1 |
| Álcool | 5 | 2 | 12 |
| <i>Cannabis</i> | 10 | 15 | 10 |
| Haxixe | 19 | 12 | 8 |
| Ecstasy | 1 | 0 | 0 |
| Polissubstâncias | 1 | 3 | 0 |
| Medicamentos prescritos | 0 | 1 | 0 |
| Modo de consumo inicial | | | |
| Ingerida | 6 | 3 | 12 |
| Fumada | 33 | 33 | 23 |
| Inalada | 3 | 2 | 0 |
| Há quanto tempo existe o problema? – Média (DP) | 12,47 (9,10) | 7,92 (5,23) | 12,97 (7,61) |
| Substância de consumo mais recente | | | |
| Heroína | 11 | 4 | 2 |
| Cocaína | 6 | 7 | 4 |
| Álcool | 5 | 2 | 9 |
| Polissubstâncias | 21 | 1 | 19 |
| Haxixe | 0 | 0 | 2 |

| <i>(continuação da tabela 40)</i> | G1 | G2 | G3 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Modo de consumo actual | | | |
| Ingerida | 5 | 2 | 9 |
| Fumada | 10 | 14 | 10 |
| Inalada | 4 | 0 | 0 |
| Injectada | 5 | 6 | 1 |
| Policonsumo | 19 | 17 | 16 |
| N.º de internamentos em comunidades – Média (DP) | 1,47 (1,66) | 2,23 (1,71) | 1,79 (,93) |
| N.º de desintoxicações em clínicas – Média (DP) | 1,42 (1,82) | 1,49 (2,33) | 1,69 (1,83) |
| N.º de desintoxicações em casa – Média (DP) | 2,11 (4,74) | 4,21 (9,31) | 2,14 (3,78) |
| Tempo de recuperação | | | |
| Não está | 45 | 0 | 0 |
| Até 3 meses | 0 | 12 | 0 |
| Até 6 meses | 0 | 7 | 0 |
| Até 1 ano | 0 | 12 | 0 |
| Até 2 anos | 0 | 8 | 0 |
| Mais de 5 anos | 0 | 0 | 36 |
| Detenção devido à Dependência de Substâncias | | | |
| Sim | 4 | 6 | 3 |
| Não | 41 | 33 | 33 |
| Problema de saúde devido à Dependência de Substâncias | | | |
| Sim | 25 | 24 | 18 |
| Não | 20 | 15 | 18 |

9.1.2. Variáveis Psicológicas e Fisiológicas

De seguida, será apresentada a descrição dos resultados das variáveis psicológicas e fisiológicas. Assim, os dados relativos à Depressão, ao *Distress*, à Sobrecarga, ao PTSD, à Qualidade de Vida, ao Suporte Social, ao cortisol salivar, aos batimentos cardíacos e à condutância da pele serão apresentados pelos três grupos experimentais (G1, G2, G3) e pelo grupo controlo (G4).

9.1.1.1. Depressão

Os resultados do BDI relativamente aos grupos mostram que o G1 apresenta valores médios mais elevados, seguido dos grupos 2, 3 e 4, respectivamente. Esta constatação é igualmente suportada pelos valores da mediana (cf. Tabela 41).

Tabela 41. Estatística descritiva dos resultados do *Beck Depression Inventory*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----------------------|-------|-------|------|------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 17,71 | 11,64 | 9,22 | 5,08 |
| Desvio-Padrão | 6,14 | 7,59 | 4,04 | 6,38 |
| Mediana | 16,50 | 11,00 | 9,00 | 4,50 |
| Mínimo | 9 | 1 | 1 | 0 |
| Máximo | 32 | 29 | 18 | 14 |

Tendo em conta os dados normativos, verificamos que os participantes do G1 indiciam a presença de pelo menos depressão ligeira/média (>9), sendo frequente encontrar-se valores de depressão moderada (>16) e mesmo alguns casos de depressão severa (>29). Em relação ao G2 e ao G3, os valores indiciam a ocorrência frequente de depressão ligeira/média, no entanto o valor da mediana é também indicadora de uma maior variabilidade entre os participantes. Por fim, os valores do G4 indicam a ausência de depressão, sendo de notar a ocorrência de valores de depressão ligeira/média.

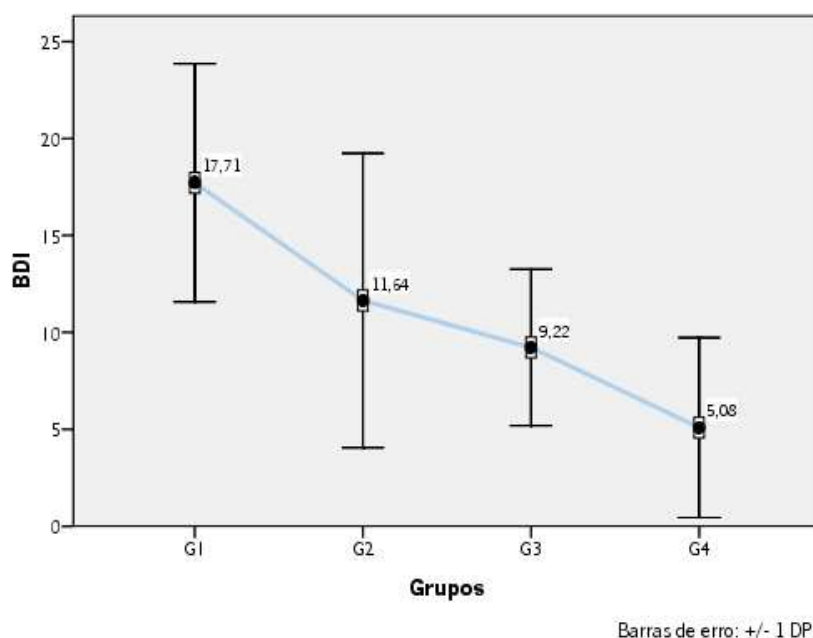


Figura 13. Valores médios e desvio padrão do BDI, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 32,66$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* não revelou diferenças entre o G2 e G3 (cf. Tabela 42).

Tabela 42. Diferença de médias entre os grupos no BDI - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|-------|-------|-------|
| G1 | | ,000* | ,000* | ,000* |
| G2 | | | n.s. | ,000* |
| G3 | | | | ,030* |
| G4 | | | | |

* $p < .05$

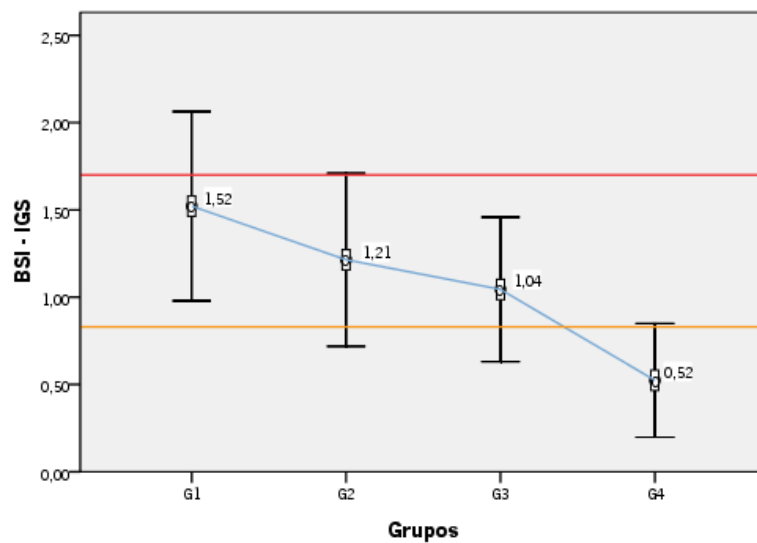
9.1.2. *Distress*

Os resultados do *Distress* relativamente aos grupos mostram que o G1 apresenta valores médios mais elevados, seguido dos grupos 2, 3 e 4, respectivamente. Esta constatação é igualmente suportada pelos valores da mediana (cf. Tabela 43).

Tabela 43. Estatística descritiva dos valores do *Brief Symptom Inventory* – IGS

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|------|------|------|------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 1,52 | 1,21 | 1,04 | ,52 |
| Desvio-Padrão | ,54 | ,50 | ,41 | ,33 |
| Mediana | 1,57 | 1,39 | ,96 | ,45 |
| Mínimo | ,36 | ,17 | ,17 | 0 |
| Máximo | 2,53 | 2,02 | 2,02 | 1,28 |

Tendo em conta os valores normativos da população portuguesa, nenhum dos grupos exibe valores indicadores de psicopatologia. No entanto, é digno de nota a proximidade ao ponto de corte ($>1,7$) no G1, sendo que no G1, G2 e G3 os valores superiores à média portuguesa ($>,83$; $DP = ,48$). No G4, os valores estão dentro da média portuguesa.



Barras de Erro: +/- 1 DP

Figura 14. Valores médios e desvio padrão do BSI – IGS, por grupo. A linha de referência inferior representa a média dos valores da população portuguesa. A linha superior representa o ponto de corte para a psicopatologia

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 32,01$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* não revelou diferenças entre o G2 e G3 (cf. Tabela 44).

Tabela 44. Diferença de médias entre os grupos no BSI - IGS - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|-------|-------|-------|
| G1 | | ,036* | ,000* | ,000* |
| G2 | | | n.s. | ,000* |
| G3 | | | | ,000* |
| G4 | | | | |

* $p < .05$

9.1.3. Sobrecarga (*Burden*)

Os resultados da subescala *Auto-Estima* (CRA) relativamente aos grupos mostram que o G1 apresenta valores médios mais elevados, seguido dos grupos 3 e 2, respectivamente. Contudo, os valores da mediana mostram que o G3 tem maior índice de *Auto-estima* seguido dos grupos 1 e 2.

Como valor de trabalho e comparação irá ser utilizada a média, uma vez que os valores do DP são baixos e os valores extremos são aproximados entre os grupos (cf. Tabela 45).

Tabela 45. Estatística descritiva dos valores do *Caregiver Reaction Assessment – Auto-Estima*

| | G1 | G2 | G3 |
|----------------------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 |
| Média | 13,96 | 10,31 | 13,75 |
| Desvio-Padrão | 6,48 | 5,62 | 5,10 |
| Mediana | 12,50 | 11,00 | 14,00 |
| Mínimo | 4 | 0 | 4 |
| Máximo | 25 | 23 | 22 |

Sendo a subescala *Auto-Estima* uma medida de avaliação positiva, pode-se afirmar que nos grupos 1 e 3, os cuidadores percebem a tarefa de cuidar associada a um sentimento de retribuição e valorização pessoal. O G2 apresenta um valor mais baixo nesta subescala, no entanto a ausência de pontos de corte impede uma análise mais pormenorizada acerca deste resultado.

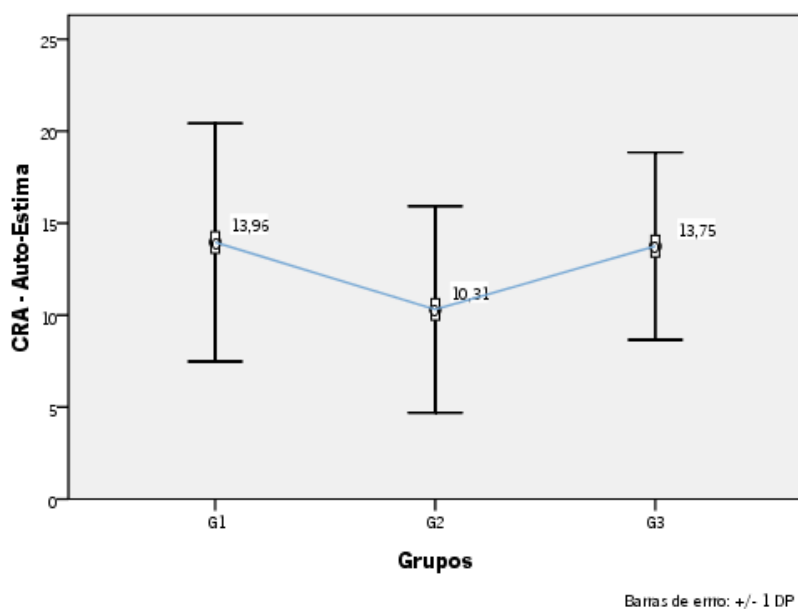


Figura 15. Valores médios e desvio-padrão da subescala *Auto-Estima* do CRA, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(2,117) = 4,94$; $p=.009$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* não revelou diferenças entre o G1 e G3 (cf. Tabela 46).

Tabela 46. Diferença de médias entre os grupos na *Auto-Estima* do CRA - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 |
|----|----|-------|-------|
| G1 | | ,019* | n.s. |
| G2 | | | ,041* |
| G3 | | | |

* $p<.05$

Os resultados da subescala *Impacto na Vida Familiar do Cuidador* (CRA) relativamente aos grupos mostram que o G1 apresenta valores médios mais elevados, seguido dos grupos 3 e 2, respectivamente. Esta constatação é suportada em parte pelos valores da mediana. De facto, os valores da mediana mostram que o G1 e o G3 têm o mesmo valor (22,00) seguido do G2. No entanto, os valores extremos do G1 parecem indicar que os participantes deste grupo apresentam de facto maior sobrecarga nesta subescala (cf. Tabela 47).

Tabela 47. Estatística descritiva dos valores do *Caregiver Reaction Assessment – Impacto na Vida Familiar do Cuidador*

| | G1 | G2 | G3 |
|---------------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 |
| Média | 24,02 | 17,54 | 21,86 |
| Desvio-Padrão | 9,53 | 6,82 | 7,95 |
| Mediana | 22,00 | 18,50 | 22,00 |
| Mínimo | 10 | 6 | 8 |
| Máximo | 42 | 35 | 36 |

Sendo a subescala *Impacto na Vida Familiar do Cuidador* uma medida de valor negativo, pode-se afirmar que nos grupos 1 e 3 os cuidadores percebem a tarefa de cuidar como uma responsabilidade sua e dos seus familiares, interferindo no bem-estar subjectivo, no planeamento das actividades diárias e nas relações familiares. Os cuidadores do G2 percebem este impacto de uma forma ligeiramente menos intensa, no entanto a ausência de pontos de corte não permite uma análise mais pormenorizada acerca do resultado.

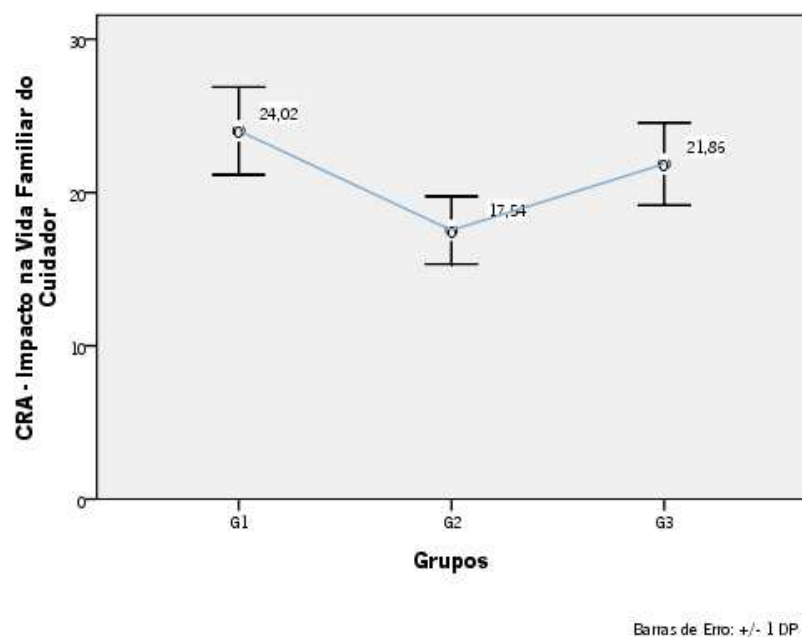


Figura 16. Valores médios e desvio-padrão da subescala *Impacto na Vida Familiar do Cuidador* do CRA, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(2,117) = 6,58$; $p=.002$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* apenas revelou diferenças entre o G1 e G2 (cf. Tabela 48).

Tabela 48. Diferença de médias entre os grupos no *Impacto na Vida Familiar do Cuidador* do CRA - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 |
|----|----|-------|------|
| G1 | | ,002* | n.s. |
| G2 | | | n.s. |
| G3 | | | |

* $p<.05$

Os resultados da subescala *Impacto na Saúde do Cuidador* (CRA) relativamente aos grupos mostram que o G1 apresenta valores médios mais elevados, seguido dos grupos 3 e 2, respectivamente. Esta constatação não é suportada pelos valores da mediana. De facto, os valores da mediana mostram que os grupos têm valores aproximados, sendo o G3 o mais alto, seguido do G1 e G2, respectivamente. No entanto, os valores extremos do G1 parecem indicar que os cuidadores deste grupo apresentam de facto maior sobrecarga nesta subescala (cf. Tabela 49).

Tabela 49. Estatística descritiva dos valores do *Caregiver Reaction Assessment – Impacto na Saúde do Cuidador*

| | G1 | G2 | G3 |
|----------------------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 |
| Média | 13,96 | 11,64 | 13,69 |
| Desvio-Padrão | 4,45 | 4,04 | 3,46 |
| Mediana | 13,00 | 12,00 | 14,00 |
| Mínimo | 7 | 5 | 5 |
| Máximo | 23 | 20 | 20 |

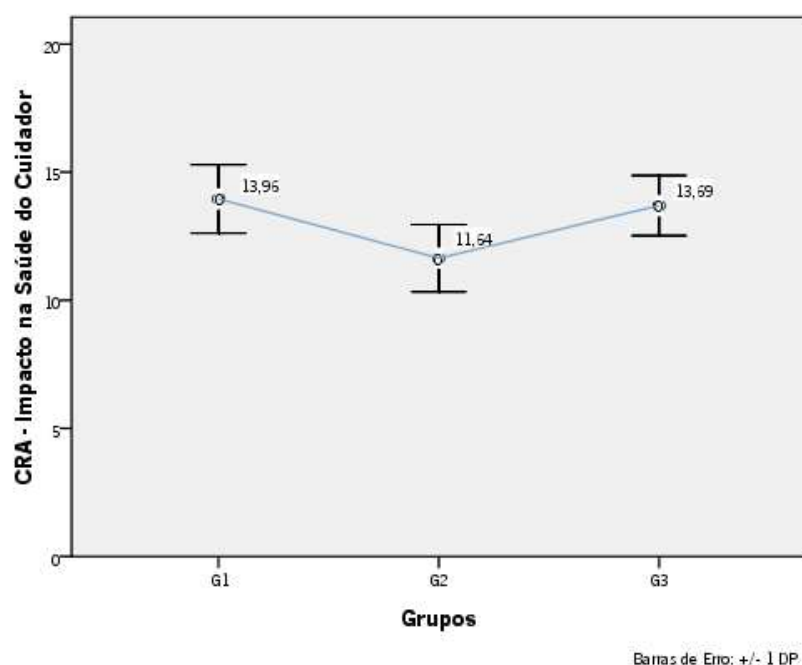


Figura 17. Valores médios e desvio-padrão da subescala *Impacto na Saúde do Cuidador* do CRA, por Grupo

Sendo a subescala *Impacto na Saúde do Cuidador* uma medida de valor negativo, pode-se afirmar que nos grupos 1 e 3 os cuidadores percebem a tarefa de cuidar como uma tensão associada aos seus recursos financeiros e à saúde física e psicológica. Os cuidadores poderão ver os seus recursos financeiros como desadequados para lidar com a situação e perceber o *stress* associado à prestação de cuidados como tendo uma influência negativa sobre a sua saúde física e mental. Os cuidadores do G2 percebem este impacto de uma forma ligeiramente menos intensa, no entanto a ausência de pontos de corte não permite uma análise mais pormenorizada acerca do resultado.

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(2,117) = 3,93$; $p=.022$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* apenas revelou diferenças entre o G1 e G2 (cf. Tabela 50).

Tabela 50. Diferença de médias entre os grupos no *Impacto na Saúde do Cuidador do CRA* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 |
|----|----|-------|------|
| G1 | | ,036* | n.s. |
| G2 | | | n.s. |
| G3 | | | |

* $p<.05$

Os resultados do *Total* do CRA relativamente aos grupos mostram que o G1 apresenta valores médios mais elevados, seguido dos grupos 3 e 2, respectivamente. Esta constatação não é suportada pelos valores da mediana. De facto, os valores da mediana mostram que os grupos têm valores aproximados, sendo o G3 o mais alto, seguido do G1 e G2, respectivamente. No entanto, os valores extremos do G1 parecem indicar que os participantes deste grupo apresentam de facto maior sobrecarga nesta subescala (cf. Tabela 51).

Tabela 51. Estatística descritiva dos valores do *Caregiver Reaction Assessment – Total*

| | G1 | G2 | G3 |
|---------------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 |
| Média | 51,67 | 39,18 | 49,00 |
| Desvio-Padrão | 18,75 | 13,37 | 12,09 |
| Mediana | 45,00 | 40,00 | 50,00 |
| Mínimo | 30 | 16 | 27 |
| Máximo | 88 | 75 | 73 |

O *Total* do CRA vem confirmar os resultados das subescalas, nos quais os cuidadores do G1 e G3 apresentam uma maior sobrecarga negativa e positiva. Isto é, para além de um maior desgaste em termos financeiros, de saúde física e mental, nos horários, nas actividades diárias e nas relações familiares, estes cuidadores também parecem experienciar frequentemente sentimentos de gratificação e retribuição pelas tarefas realizadas.

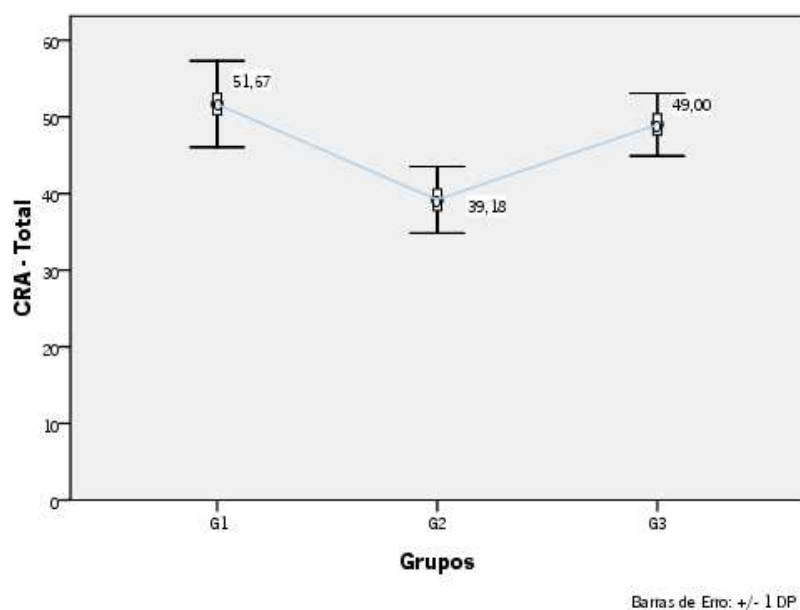


Figura 18. Valores médios e desvio-padrão do *Total* do CRA, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(2,117) = 3,93$; $p=.022$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* não revelou diferenças entre o G1 e G3 (cf. Tabela 52).

Tabela 52. Diferença de médias entre os grupos no *Total* do CRA - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 |
|----|----|-------|-------|
| G1 | | ,001* | n.s. |
| G2 | | | ,024* |
| G3 | | | |

* $p<.05$

9.1.4. Trauma Psicológico

Os resultados do instrumento EARAT revelam que 48,2% dos cuidadores dos três grupos (G1, G2, G3) apresentam PTSD. Analisando os resultados por grupo, verifica-se que as percentagens diferem. Assim, no G1, 40,5% apresenta diagnóstico de PTSD, no G2 o valor é de 55,6% e no G3 de 50,0%.

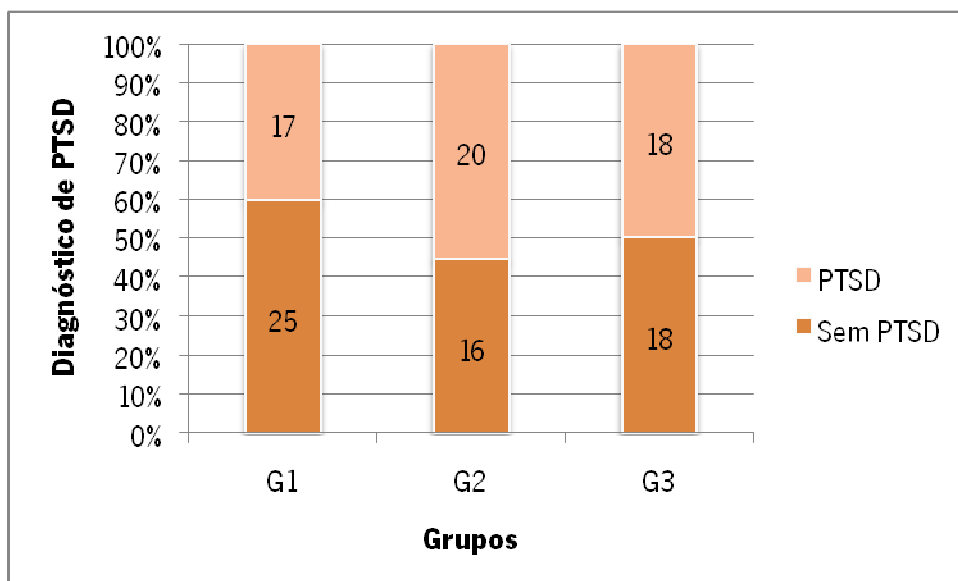


Figura 19. Diagnóstico de PTSD, por Grupo. A distribuição de diagnósticos por grupo está visível no interior das barras

O número total de sintomas do EARAT (sintomatologia de PTSD) também foi analisado por grupo e verificou-se que o G2 apresentava o valor médio mais elevado seguido de G1 e G3, respectivamente. O valor da mediana corrobora esta constatação (cf. Tabela 53).

Tabela 53. Estatística descritiva do número total de sintomas do EARAT

| | G1 | G2 | G3 |
|----------------------|------|------|------|
| N | 42 | 36 | 36 |
| Média | 4,57 | 5,78 | 4,31 |
| Desvio-Padrão | 4,36 | 4,90 | 4,15 |
| Mediana | 4,50 | 6,00 | 4,00 |
| Mínimo | 0 | 0 | 0 |
| Máximo | 12 | 14 | 11 |

A análise do número total de sintomas do EARAT mostra uma distribuição quase uniforme entre os três grupos, com os valores de tendência central muito aproximados, apesar de uma elevação no G2.

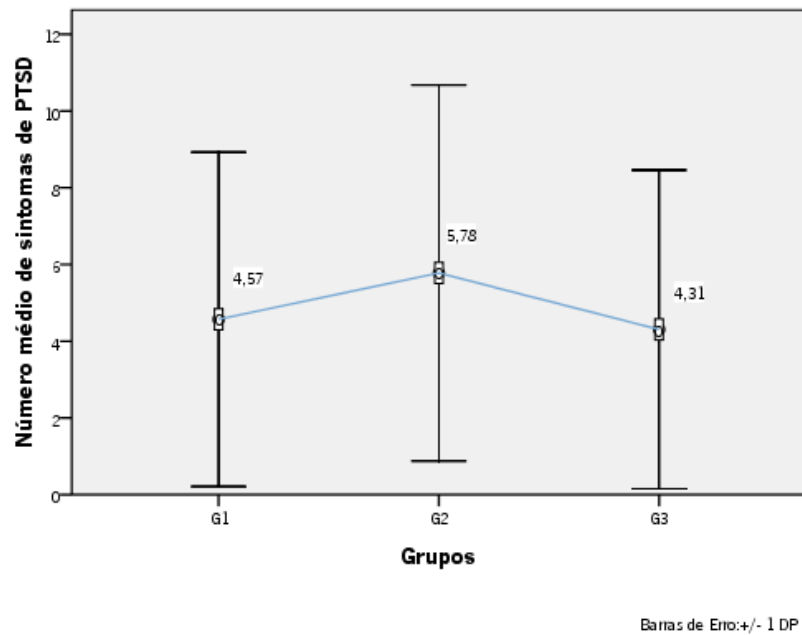


Figura 20. Número médio de sintomas de PTSD, com desvio-padrão, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(2,110) = 1,12$; $p=.330$).

9.1.5. Qualidade de Vida

Os resultados do domínio *Físico* (WHOQOL-Bref) relativamente aos grupos mostram que o G4 apresenta valores médios mais elevados, seguido do G3, G2 e G1, respectivamente. Esta constatação é suportada em parte pelos valores da mediana (cf. Tabela 54). Os valores mostrados foram calculados para um coeficiente 0-100, de acordo com as instruções dos autores.

Em relação ao domínio *Físico*, os participantes do grupo controlo percebem a sua qualidade de vida como superior aos cuidadores. Apesar de não existir uma grande diferença entre os cuidadores de adictos em recuperação (G2, G3), os cuidadores do G1 apresentam o valor mais baixo neste domínio, apresentando mais queixas em termos de dor, desconforto, fadiga e problemas de sono.

Tabela 54. Estatística descritiva dos valores do domínio *Físico* (WHOQOL-Bref)

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 61,31 | 70,24 | 71,83 | 82,94 |
| Desvio-Padrão | 14,73 | 16,42 | 9,54 | 16,69 |
| Mediana | 66,07 | 69,64 | 67,86 | 85,71 |
| Mínimo | 39 | 39 | 54 | 43 |
| Máximo | 86 | 100 | 100 | 100 |

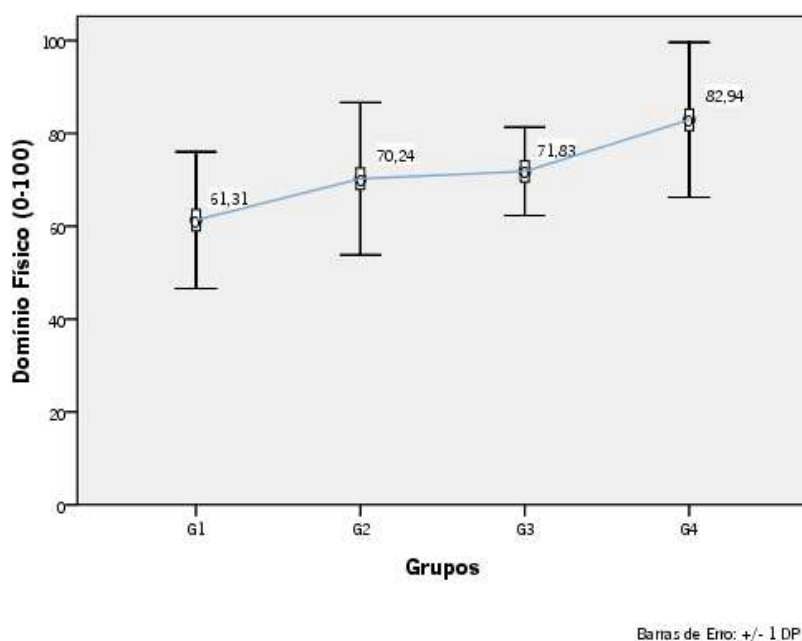


Figura 21. Valores médios e desvio-padrão do domínio *Físico*, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 14,19$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* não revelou diferenças entre o G1 e G2, G2 e G3 (cf. Tabela 55).

Tabela 55. Diferença de médias entre os grupos no domínio *Físico* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|------|-------|-------|
| G1 | | n.s. | ,021* | ,000* |
| G2 | | | n.s. | ,005* |
| G3 | | | | ,018* |
| G4 | | | | |

*p<.05

Os resultados do domínio *Psicológico* (WHOQOL-Bref) relativamente aos grupos mostram que o G4 apresenta valores médios mais elevados, seguido do G3, G2 e G1, respectivamente. Esta constatação é suportada em parte pelos valores da mediana (cf. Tabela 56).

Tabela 56. Estatística descritiva dos valores do domínio *Psicológico* (WHOQOL-Bref)

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 53,27 | 61,11 | 64,35 | 79,28 |
| Desvio-Padrão | 13,32 | 15,65 | 12,81 | 11,81 |
| Mediana | 58,33 | 62,50 | 60,42 | 83,33 |
| Mínimo | 12 | 38 | 42 | 62 |
| Máximo | 79 | 83 | 83 | 96 |

Em relação ao domínio *Psicológico* os participantes do grupo controlo têm a percepção da qualidade de vida como sendo melhor do que os cuidadores. Apesar de não existir uma grande diferença entre os cuidadores de adictos em recuperação (G2, G3), os cuidadores do G1 apresentam o valor mais baixo neste domínio, apresentando mais sentimentos negativos, menos competências cognitivas, menor auto-estima e uma imagem corporal deteriorada.

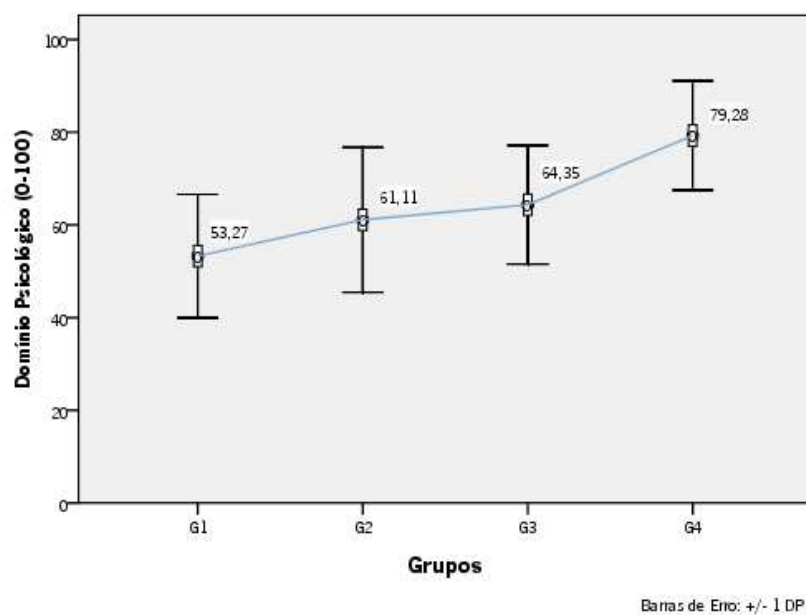


Figura 22. Valores médios e desvio-padrão do domínio *Psicológico*, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 24,90$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* não revelou diferenças entre o G1 e G2, G2 e G3 (cf. Tabela 57).

Tabela 57. Diferença de médias entre os grupos no domínio *Psicológico* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|------|-------|-------|
| G1 | | n.s. | ,006* | ,000* |
| G2 | | | n.s. | ,000* |
| G3 | | | | ,000* |
| G4 | | | | |

* $p < .05$

Os resultados do domínio *Relações Sociais* (WHOQOL-Bref) relativamente aos grupos mostram que o G4 apresenta valores médios mais elevados, seguido do G3, G2 e G1, respectivamente. Esta constatação é suportada em parte pelos valores da mediana (cf. Tabela 58).

Tabela 58. Estatística descritiva dos valores do domínio *Relações Sociais* (WHOQOL-Bref)

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 50,60 | 61,34 | 65,05 | 73,61 |
| Desvio-Padrão | 13,32 | 18,91 | 15,66 | 19,97 |
| Mediana | 50,00 | 66,67 | 70,83 | 66,67 |
| Mínimo | 17 | 17 | 33 | 33 |
| Máximo | 92 | 92 | 83 | 100 |

Em relação ao domínio *Relações Sociais*, os participantes do grupo controlo têm a percepção da qualidade de vida como sendo melhor do que a dos cuidadores. Apesar de não existir uma grande diferença entre os cuidadores de adictos em recuperação (G2, G3), os cuidadores do G1 apresentam o valor mais baixo neste domínio, apresentando relacionamentos menos robustos, menor suporte social e uma vida sexual alterada.

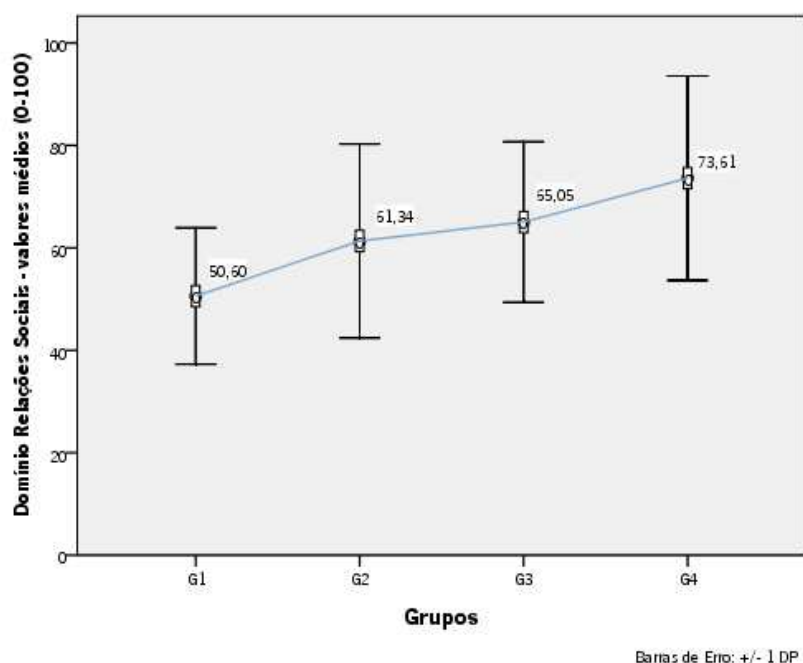


Figura 23. Valores médios e desvio-padrão do domínio *Relações Sociais*, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 12,25$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* não revelou diferenças entre o G1 e G2, G2 e G3, G3 e G4 (cf. Tabela 59).

Tabela 59. Diferença de médias entre os grupos no domínio *Relações Sociais* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|------|-------|-------|
| G1 | | n.s. | ,004* | ,000* |
| G2 | | | n.s. | ,028* |
| G3 | | | | n.s. |
| G4 | | | | |

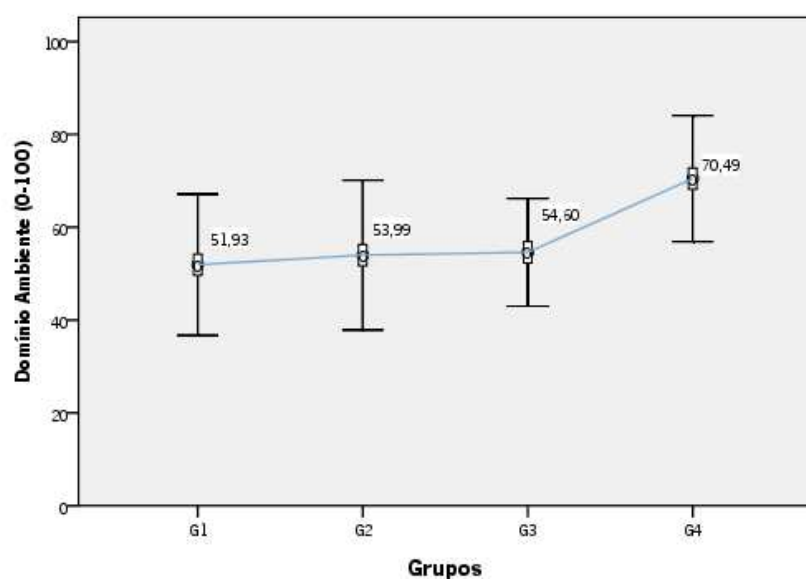
* $p < .05$

Os resultados do domínio *Ambiente* (WHOQOL-Bref), relativamente aos grupos, mostram que o G4 apresenta valores médios mais elevados, seguido do G3, G2 e G1, respectivamente. Esta constatação é suportada pelos valores da mediana (cf. Tabela 60).

Tabela 60. Estatística descritiva dos valores do domínio *Ambiente* (WHOQOL-Bref)

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 51,93 | 53,99 | 54,60 | 70,49 |
| Desvio-Padrão | 15,22 | 16,12 | 11,61 | 13,58 |
| Mediana | 50,00 | 53,12 | 56,25 | 65,62 |
| Mínimo | 19 | 19 | 31 | 50 |
| Máximo | 78 | 78 | 75 | 88 |

Em relação ao domínio *Ambiente*, os participantes do grupo controlo têm a percepção da qualidade de vida como sendo melhor do que a dos cuidadores. Apesar de não existir uma grande diferença entre os cuidadores de adictos em recuperação (G2, G3), os cuidadores do G1 apresentam o valor mais baixo neste domínio, apresentando uma sensação de menor segurança física e de protecção, menos recursos financeiros, menor participação/oportunidades de lazer, menos disponibilidade e qualidade de usufruir de cuidados de saúde e de apoio social, sentem o ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) como de pior qualidade e também têm menos acesso a transportes.



Barra de Erro: +/- 1 DP

Figura 24. Valores médios e desvio-padrão do domínio *Ambiente*, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 12,25$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* só revelou diferenças entre o G4 e os restantes grupos (cf. Tabela 61).

Tabela 61. Diferença de médias entre os grupos no domínio *Ambiente* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|------|------|-------|
| G1 | | n.s. | n.s. | ,000* |
| G2 | | | n.s. | ,000* |
| G3 | | | | ,000* |
| G4 | | | | |

* $p < .05$

9.1.6. Suporte Social

Os resultados do IESSS revelam que o G4 apresenta o valor médio mais elevado, seguido do G2, G3 e G1, respectivamente. O valor da mediana suporta esta constatação (cf. Tabela 62).

Tabela 62. Estatística descritiva dos valores do IESSS

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 52,26 | 61,44 | 58,11 | 72,75 |
| Desvio-Padrão | 15,16 | 17,41 | 15,82 | 9,86 |
| Mediana | 50,50 | 65,00 | 62,00 | 71,00 |
| Mínimo | 27 | 17 | 22 | 55 |
| Máximo | 88 | 96 | 96 | 89 |

Estes resultados mostram que os participantes do grupo controlo percebem que têm um maior acesso e/ou utilizam recursos sociais na preservação do seu bem-estar. Apesar de não existirem grandes diferenças entre os cuidadores de dependentes de substância em recuperação (G2, G3), os cuidadores do G1 apresentam o menor valor médio e de mediana. Neste caso, os cuidadores têm a percepção de que possuem menores recursos financeiros, têm solicitações que lhes ocupam mais tempo e com maior esforço, sentem que os problemas familiares e quotidianos são frequentes, que os relacionamentos íntimos não são adequados e que têm com problemas de comunicação e dependência afectiva. Em suma, apresentam menor suporte emocional, expressivo e instrumental.

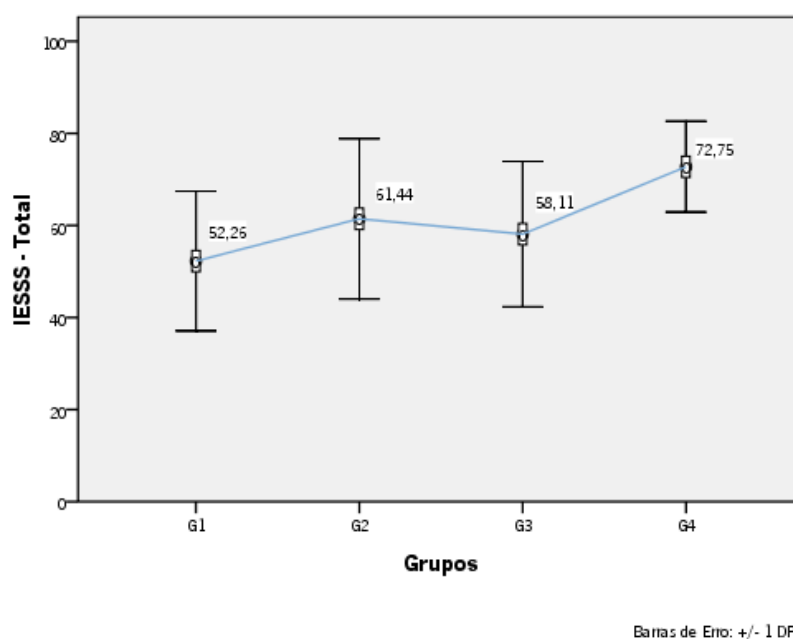


Figura 25. Valores médios e desvio-padrão do IESSS, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 12,82$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* só revelou diferenças entre o G4 e os restantes grupos (cf. Tabela 63).

Tabela 63. Diferença de médias entre os grupos no no IESSS - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|------|------|-------|
| G1 | | n.s. | n.s. | ,000* |
| G2 | | | n.s. | ,018* |
| G3 | | | | ,001* |
| G4 | | | | |

* $p < .05$

9.1.7. *Coping* Familiar

Os resultados da subescala *Obtenção do Suporte Social* (F-COPES) revelam que o G2 apresenta o valor médio mais elevado, seguido do G4, G3 e G1, respectivamente. O valor da mediana corrobora em parte esta constatação (cf. Tabela 64).

Tabela 64. Estatística descritiva da subescala *Obtenção do Suporte Social* do F-COPES

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 23,12 | 27,94 | 27,78 | 27,06 |
| Desvio-Padrão | 6,51 | 6,43 | 8,20 | 5,27 |
| Mediana | 23,00 | 27,00 | 26,00 | 27,00 |
| Mínimo | 12 | 16 | 16 | 17 |
| Máximo | 38 | 40 | 45 | 36 |

A análise dos resultados da subescala *Obtenção do Suporte Social* mostra que, os cuidadores de dependentes de substâncias em abstinência e os participantes do grupo controlo, apresentam resultados bastante aproximados. Os cuidadores do G1 possuem os resultados médios e a mediana mais baixos comparativamente aos outros grupos e também em relação aos estudos

realizados em Portugal. Estes cuidadores apresentam uma menor capacidade para se comprometer de forma activa na obtenção de suporte de amigos, vizinhos e família alargada.

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 4,64$; $p=.004$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* só revelou diferenças entre o G1 e G2 e G1 e G3 (cf. Tabela 65).

Tabela 65. Diferença de médias entre os grupos na subescala *Obtenção de Suporte Social* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|-------|-------|------|
| G1 | | ,020* | ,023* | n.s. |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | n.s. |
| G4 | | | | |

* $p<.05$

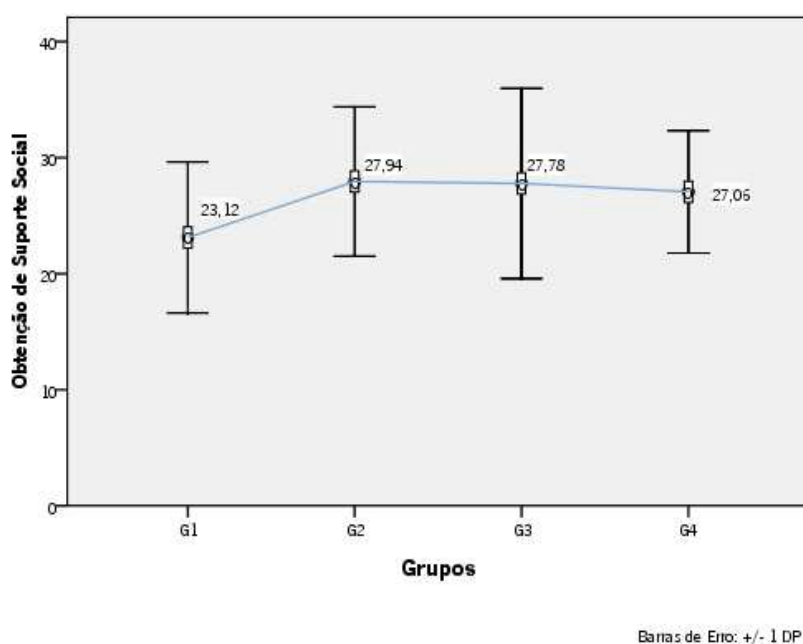


Figura 26. Valores médios e desvio-padrão da subescala *Obtenção de Suporte Social*, por Grupo

Os resultados da subescala *Reenquadramento* (F-COPES) revelam que o G2 apresenta o valor médio mais elevado, seguido do G2, G4 e G1, respectivamente. O valor da mediana corrobora em parte esta constatação (cf. Tabela 66).

Tabela 66. Estatística descritiva da subescala *Reenquadramento* do F-COPES

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 24,88 | 28,14 | 30,25 | 29,61 |
| Desvio-Padrão | 4,25 | 5,31 | 6,07 | 3,17 |
| Mediana | 23,00 | 28,00 | 29,00 | 29,00 |
| Mínimo | 19 | 15 | 20 | 22 |
| Máximo | 33 | 38 | 39 | 34 |

A análise dos resultados da subescala *Reenquadramento* mostra que, os cuidadores de dependentes de substâncias em abstinência e os participantes do grupo controlo, apresentam resultados bastante aproximados. Os cuidadores do G1 possuem os resultados médios e a mediana mais baixos comparativamente aos outros grupos e também em relação aos estudos realizados em Portugal. Estes cuidadores apresentam uma menor capacidade para redefinir os acontecimentos *stressantes*, de modo a torná-los mais fáceis de lidar, numa visão mais optimista da situação.

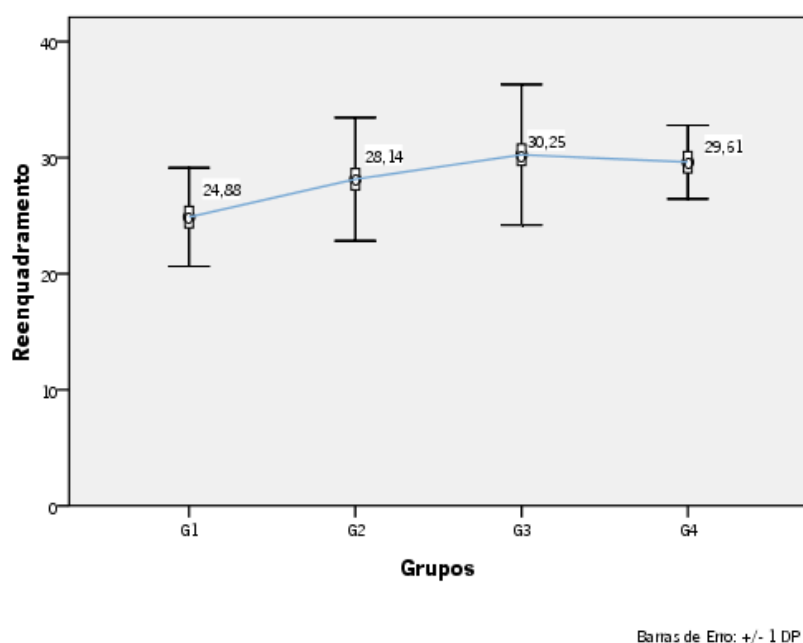


Figura 27. Valores médios e desvio-padrão da subescala *Reenquadramento*, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 9,88$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* só revelou diferenças entre o G1 e os restantes grupos (cf. Tabela 67).

Tabela 67. Diferença de médias entre os grupos na subescala *Reenquadramento* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|-------|-------|-------|
| G1 | | ,034* | ,000* | ,000* |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | n.s. |
| G4 | | | | |

* $p < .05$

Os resultados da subescala *Procura de Suporte Espiritual* (F-COPES) revelam que o G3 apresenta o valor médio mais elevado, seguido do G1, G2 e G4, respectivamente. O valor da mediana corrobora em parte esta constatação (cf. Tabela 68).

Tabela 68. Estatística descritiva da subescala *Procura de Suporte Espiritual* do F-COPES

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|-------|-------|-------|------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 12,45 | 12,33 | 12,69 | 9,67 |
| Desvio-Padrão | 4,44 | 3,83 | 3,36 | 4,77 |
| Mediana | 12,50 | 12,00 | 12,00 | 9,00 |
| Mínimo | 4 | 4 | 7 | 4 |
| Máximo | 20 | 19 | 19 | 20 |

A análise dos resultados da subescala *Procura de Suporte Espiritual* mostra que, os cuidadores de dependentes de substâncias apresentam resultados bastante aproximados. Os participantes do grupo controlo possuem os resultados médios e a mediana mais baixos comparativamente aos outros grupos e também em relação aos estudos realizados em Portugal. Estes participantes apresentam uma menor capacidade em obter suporte espiritual junto de pessoas ou instituições ou até mesmo no seu próprio sistema de crenças. Uma vez que se trata de uma amostra da população “não-clínica” também poderá significar que não existe uma necessidade particular em procurar este tipo de suporte.

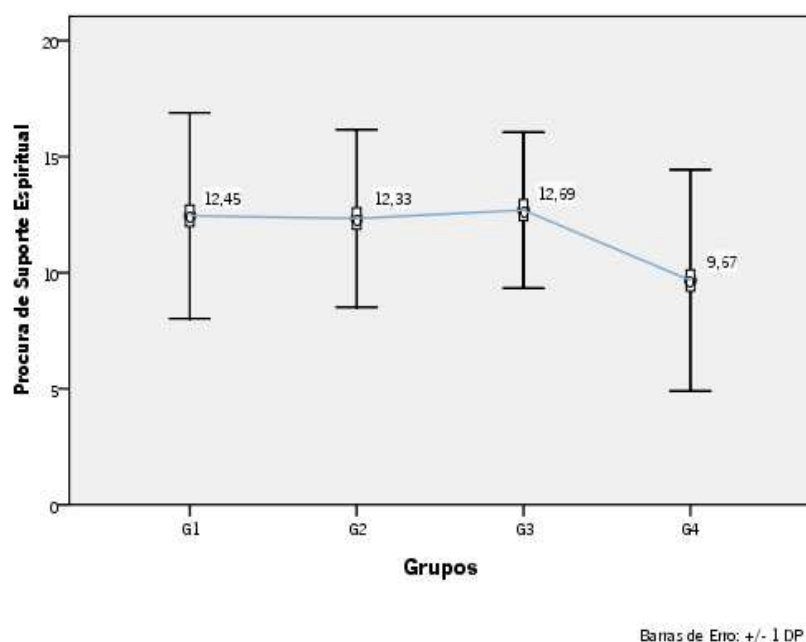


Figura 28. Valores médios e desvio-padrão da subescala *Procura de Suporte Espiritual*, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 4,28$; $p = .006$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* só revelou diferenças entre o G4 e o G1 e G3 (cf. Tabela 69).

Tabela 69. Diferença de médias entre os grupos na subescala *Procura de Suporte Espiritual* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|------|------|-------|
| G1 | | n.s. | n.s. | ,036* |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | ,025* |
| G4 | | | | |

* $p < .05$

Os resultados da subescala *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda* (F-COPES) revelam que o G2 apresenta o valor médio mais elevado, seguido do G3, G1 e G4, respectivamente. O valor da mediana corrobora esta constatação (cf. Tabela 70).

Tabela 70. Estatística descritiva da subescala *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda* do F-COPES

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 14,55 | 16,75 | 15,14 | 14,33 |
| Desvio-Padrão | 2,43 | 3,36 | 3,53 | 2,80 |
| Mediana | 16,00 | 18,00 | 16,00 | 15,00 |
| Mínimo | 10 | 8 | 6 | 4 |
| Máximo | 18 | 20 | 18 | 17 |

A análise dos resultados da subescala *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda* mostra que, os cuidadores de dependentes de substâncias apresentam resultados bastante aproximados. Os participantes do grupo controlo possuem os resultados médios e a mediana mais baixos comparativamente aos outros grupos, no entanto são superiores aos estudos realizados em Portugal. Estes participantes apresentam uma menor capacidade procurar recursos na comunidade e em aceitar a ajuda de outros. Uma vez que se trata de uma amostra da população “não-clínica” também poderá significar que não existe uma necessidade particular em procurar esse tipo de ajuda.

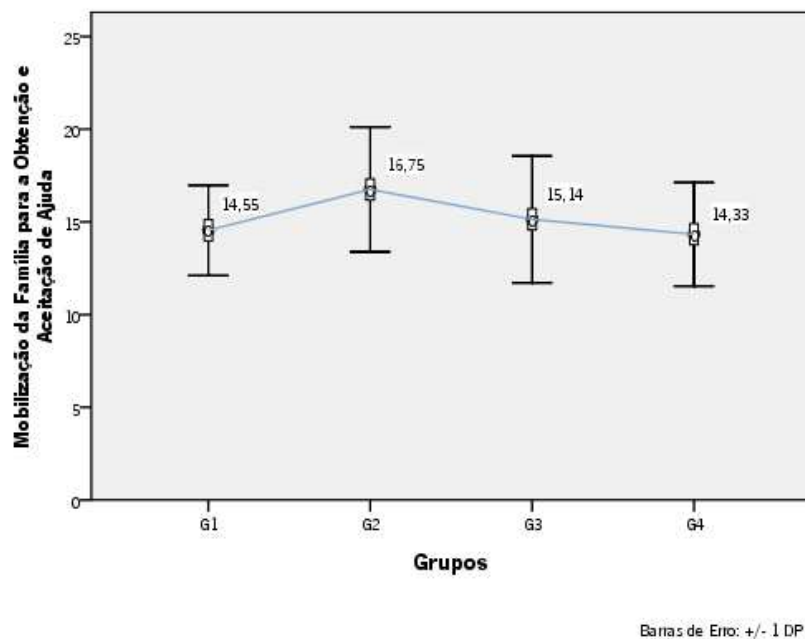


Figura 29. Valores médios e desvio-padrão da subescala *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda*, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 4,84$; $p=.003$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* apenas revelou diferenças entre o G1 e G2 e o G2 e G4 (cf. Tabela 71).

Tabela 71. Diferença de médias entre os grupos na subescala *Mobilização da Família para a Obtenção e Aceitação de Ajuda* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|-------|------|-------|
| G1 | | ,018* | n.s. | n.s. |
| G2 | | | n.s. | ,011* |
| G3 | | | | n.s. |
| G4 | | | | |

* $p<.05$

Os resultados da subescala *Avaliação Passiva* (F-COPES) revelam que o G3 apresenta o valor médio mais elevado, seguido do G2, G1 e G4, respectivamente. O valor da mediana não corrobora esta constatação (cf. Tabela 72).

Tabela 72. Estatística descritiva da subescala *Avaliação Passiva* do F-COPES

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|-------|-------|-------|------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 10,71 | 10,31 | 10,83 | 8,64 |
| Desvio-Padrão | 3,07 | 2,08 | 3,53 | 2,78 |
| Mediana | 10,50 | 11,00 | 10,00 | 8,00 |
| Mínimo | 5 | 7 | 6 | 4 |
| Máximo | 17 | 15 | 18 | 17 |

A análise dos resultados da subescala *Avaliação Passiva* mostra que, os cuidadores de dependentes de substâncias apresentam resultados bastante aproximados. Os participantes do grupo controlo possuem os resultados médios e a mediana mais baixos comparativamente aos outros grupos e também em relação aos estudos realizados em Portugal. Estes participantes apresentam uma menor capacidade em aceitar ou lidar com os *stressores* de uma forma que reduza a reactividade do sistema. Isto é, aparentemente são mais activos na forma como lidam com as situações problemáticas.

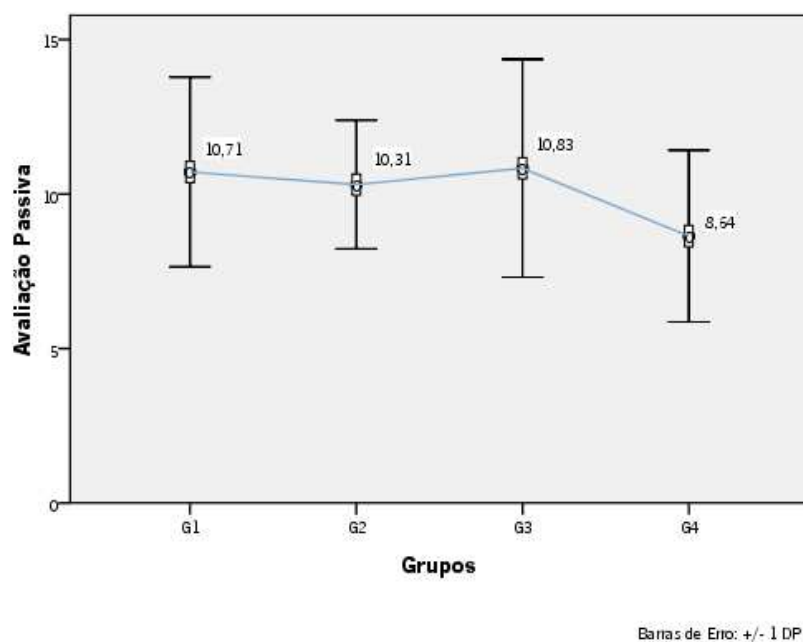


Figura 30. Valores médios e desvio-padrão, da subescala *Avaliação Passiva*, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 4,43$; $p=.005$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* apenas revelou diferenças entre o G4 e G1 e G3 (cf. Tabela 73).

Tabela 73. Diferença de médias entre os grupos na subescala *Avaliação Passiva* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|------|------|-------|
| G1 | | n.s. | n.s. | ,023* |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | ,020* |
| G4 | | | | |

* $p<.05$

Os resultados do *Total* (F-COPES) revelam que o G3 apresenta o valor médio mais elevado, seguido do G2, G4 e G1, respectivamente. O valor da mediana corrobora esta constatação (cf. Tabela 74).

Tabela 74. Estatística descritiva do *Total*/do F-COPES

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 85,71 | 95,47 | 96,69 | 89,31 |
| Desvio-Padrão | 11,01 | 14,74 | 16,28 | 9,18 |
| Mediana | 84,00 | 93,50 | 96,00 | 90,00 |
| Mínimo | 73 | 67 | 76 | 63 |
| Máximo | 112 | 126 | 130 | 108 |

A análise dos resultados do *Total*/mostra que, os cuidadores de dependentes de substâncias em abstinência apresentam os resultados mais altos. Os cuidadores do G1 possuem os resultados médios e a mediana mais baixos comparativamente aos outros grupos e também em relação aos estudos realizados em Portugal. Estes participantes apresentam uma menor capacidade de *coping* com as dificuldades ou situações difíceis, tendo uma menor percepção dos recursos internos e do contexto social mais amplo.

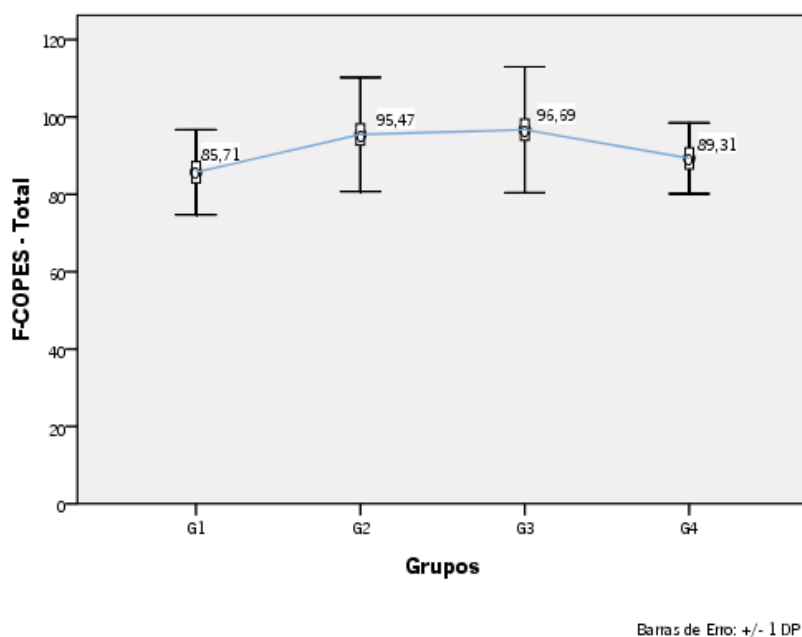


Figura 31. Valores médios e desvio-padrão, do *Total*/do F-COPES, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,145) = 6,12$; $p=.001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* apenas revelou diferenças entre o G1 e G2 e G3 (cf. Tabela 75).

Tabela 75. Diferença de médias entre os grupos no *Total* do F-COPES - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|-------|-------|------|
| G1 | | ,015* | ,004* | n.s. |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | n.s. |
| G4 | | | | |

*p<.05

9.1.8. Cortisol Salivar

Os valores do cortisol salivar foram analisados em termos dos valores médios ao *acordar*, *45 minutos após o acordar*, *após a apresentação do instrumento de visualização* e segundo as fórmulas calculadas de *Cortisol Awakening Response* (CAR), *Area Under the Curve with respect to ground* (AUCg) e *Area Under the Curve with respect to increase* (AUCi).

Os resultados dos valores de cortisol ao *acordar* revelam que o G4 apresenta os valores mais elevados, seguido do G3, G2 e G1, respectivamente. Os valores da mediana corroboram em parte esta constatação (cf. Tabela 76).

Tabela 76. Estatística descritiva dos valores de Cortisol Salivar ao *acordar*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 9,68 | 12,18 | 12,66 | 13,69 |
| Desvio-Padrão | 5,17 | 7,56 | 3,31 | 13,11 |
| Mediana | 7,14 | 10,66 | 13,68 | 13,14 |
| Mínimo | 5,20 | 3,66 | 7,56 | 6,91 |
| Máximo | 25,68 | 30,82 | 19,09 | 18,59 |

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 4,41$; $p=.005$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* apenas revelou diferenças entre o G1 e G4 (cf. Tabela 77).

Tabela 77. Diferença de médias entre os grupos nos valores de cortisol salivar ao acordar - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|------|------|-------|
| G1 | | n.s. | n.s. | ,009* |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | n.s. |
| G4 | | | | |

*p<.05

Os resultados dos valores de cortisol *45 minutos após o acordar* revelam que o G3 apresenta os valores mais elevados, seguido do G2, G4 e G1, respectivamente. Os valores da mediana corroboram esta constatação (cf. Tabela 78)

Tabela 78. Estatística descritiva dos valores de cortisol salivar *45 minutos após o acordar*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 16,02 | 21,43 | 25,29 | 20,05 |
| Desvio-Padrão | 6,80 | 14,02 | 7,72 | 4,17 |
| Mediana | 13,71 | 20,12 | 23,84 | 18,56 |
| Mínimo | 8,57 | 8,76 | 14,59 | 14,72 |
| Máximo | 32,02 | 48,49 | 46,50 | 29,16 |

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 9,40$; $p<.001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças entre o G1 e G2 e G3, e entre G3 e G4 (cf. Tabela 79).

Tabela 79. Diferença de médias entre os grupos nos valores de cortisol salivar *45 minutos após o acordar* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|-------|-------|-------|
| G1 | | ,028* | ,000* | n.s. |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | ,047* |
| G4 | | | | |

*p<.05

Os resultados dos valores de cortisol *após a apresentação do instrumento de visualização* revelam que o G3 apresenta os valores mais elevados, seguido do G2, G4 e G1, respectivamente. Os valores da mediana corroboram esta constatação (cf. Tabela 80).

Tabela 80. Estatística descritiva dos valores de cortisol salivar *após a apresentação do instrumento de visualização*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 6,32 | 10,44 | 11,78 | 8,99 |
| Desvio-Padrão | 4,04 | 4,94 | 4,37 | 4,23 |
| Mediana | 5,01 | 9,63 | 11,41 | 9,20 |
| Mínimo | 3,00 | 3,82 | 5,55 | ,21 |
| Máximo | 20,79 | 27,50 | 20,10 | 22,62 |

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 11,15; p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* apenas revelou diferenças entre o G1 e G2 e G3 (cf. Tabela 81).

Tabela 81. Diferença de médias entre os grupos nos valores de cortisol salivar *após a apresentação do instrumento de visualização* - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|-----------|----|-------|-------|------|
| G1 | | ,001* | ,000* | n.s. |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | n.s. |
| G4 | | | | |

* $p < .05$

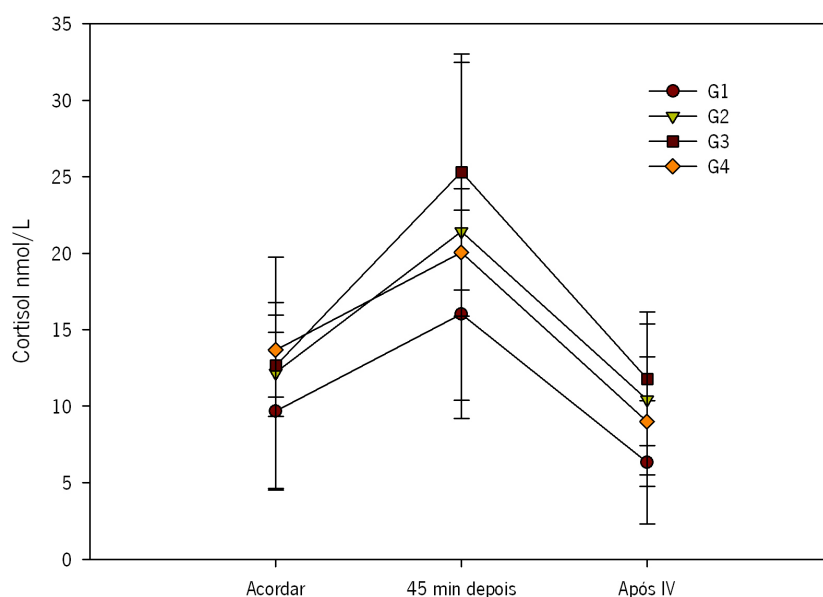


Figura 32. Valores médios e desvio-padrão do cortisol, por momento de recolha e por Grupo

A análise aos perfis médios de recolha do cortisol mostra que o G1 apresenta sempre valores inferiores aos dos restantes grupos, enquanto o G3 e o G2 apresentam valores superiores aos do grupo controlo excepto no *acordar*.

Os resultados dos valores médios da medida CAR revelam que o G3 apresenta os valores mais elevados, seguido do G2, G4 e G1, respectivamente. Os valores da mediana corroboram em parte esta constatação (cf. Tabela 82).

Tabela 82. Estatística descritiva dos valores de CAR

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 6,34 | 9,25 | 12,64 | 6,37 |
| Desvio-Padrão | 3,63 | 7,20 | 8,89 | 4,02 |
| Mediana | 5,27 | 6,11 | 10,47 | 4,93 |
| Mínimo | ,42 | ,27 | ,79 | 2,39 |
| Máximo | 14,76 | 35,18 | 36,62 | 15,43 |

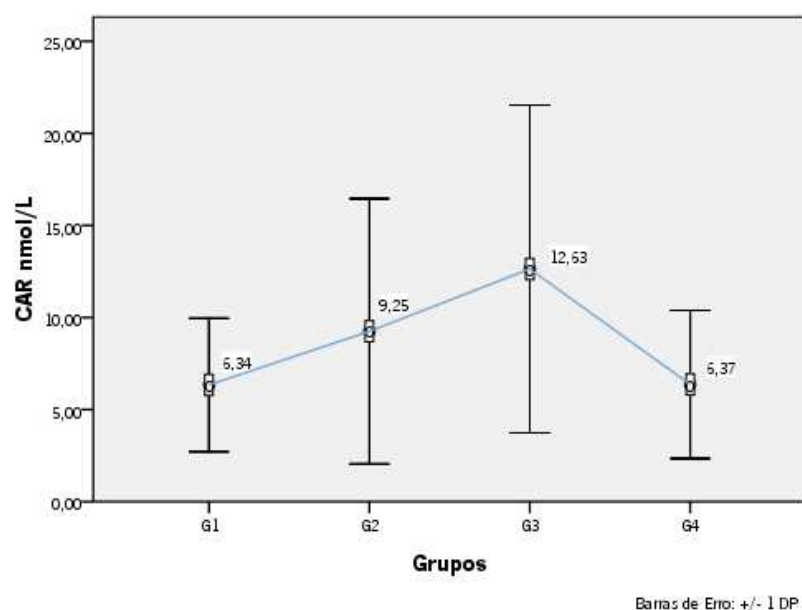


Figura 33. Valores médios e desvio-padrão do CAR, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 8,51$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* apenas revelou diferenças entre o G3 e G1, e G3 e G4 (cf. Tabela 83).

Tabela 83. Diferença de médias entre os grupos nos valores de CAR - ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|------|-------|-------|
| G1 | | n.s. | ,000* | n.s. |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | ,001* |
| G4 | | | | |

* $p < .05$

Os resultados dos valores médios da medida *AUCg* revelam que o G3 apresenta os valores mais elevados, seguido do G2, G4 e G1, respectivamente. Os valores da mediana corroboram em parte esta constatação (cf. Tabela 84).

Tabela 84. Estatística descritiva dos valores de AUCg

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 24,02 | 32,75 | 37,52 | 31,39 |
| Desvio-Padrão | 9,89 | 14,86 | 9,13 | 4,89 |
| Mediana | 20,52 | 29,06 | 36,70 | 30,17 |
| Mínimo | 13,84 | 15,90 | 21,92 | 22,18 |
| Máximo | 44,30 | 69,15 | 61,49 | 44,74 |

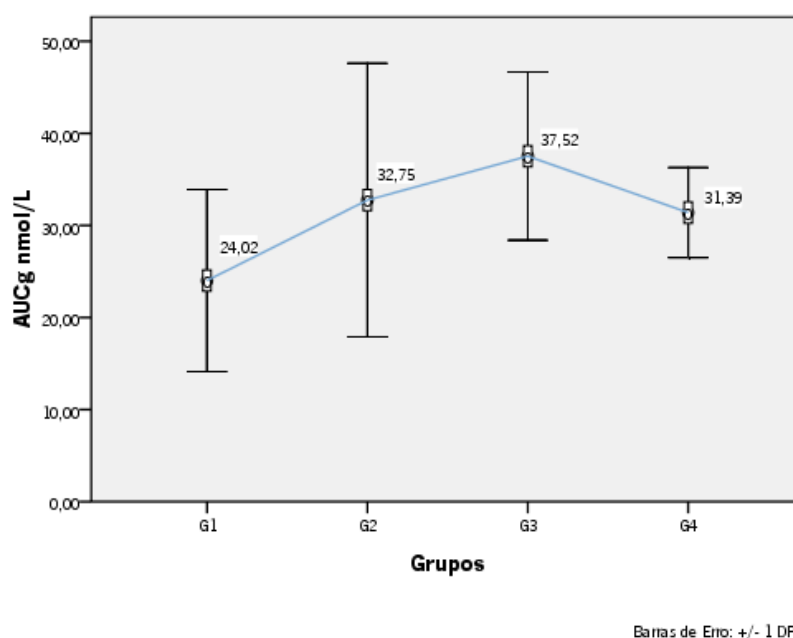


Figura 34. Valores médios e desvio-padrão de AUCg, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 11,60$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* apenas revelou diferenças entre o G1 e os restantes grupos (cf. Tabela 85).

Tabela 85. Diferença de médias entre os grupos nos valores de AUCg-ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|-------|-------|-------|
| G1 | | ,004* | ,000* | ,022* |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | n.s. |
| G4 | | | | |

*p<.05

Os resultados dos valores médios da medida *AUCi* revelam que o G3 apresenta os valores mais elevados, seguido do G2, G1 e G4, respectivamente. Os valores da mediana corroboram esta constatação (cf. Tabela 86).

Tabela 86. Estatística descritiva dos valores de AUCi

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 42 | 36 | 36 | 36 |
| Média | 4,67 | 8,38 | 12,20 | 4,02 |
| Desvio-Padrão | 5,09 | 8,59 | 10,72 | 5,48 |
| Mediana | 3,44 | 6,85 | 8,34 | 2,39 |
| Mínimo | -7,07 | -3,00 | ,21 | -5,01 |
| Máximo | 21,31 | 37,48 | 41,73 | 19,74 |

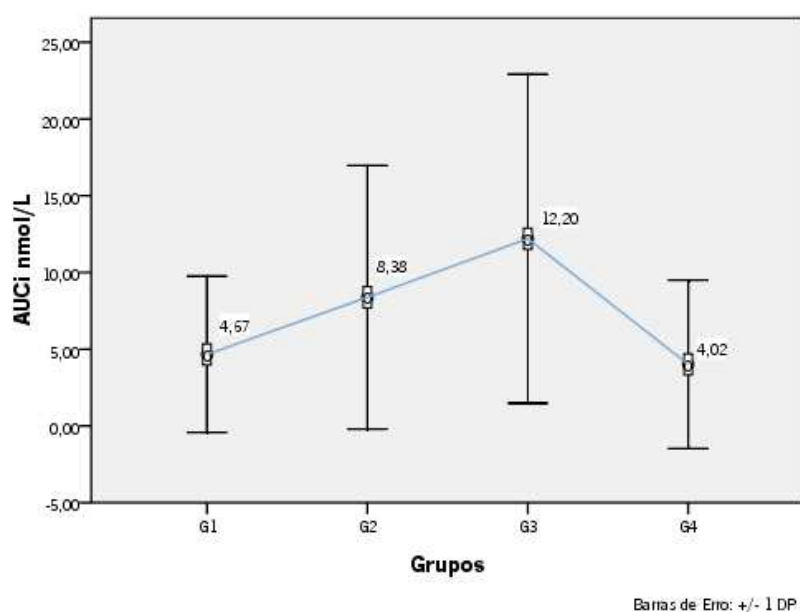


Figura 35. Valores médios e desvio-padrão de AUCi, por Grupo

A análise às diferenças de médias revelou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F(3,146) = 8,85$; $p < .001$)*. A análise *Post Hoc Scheffé* apenas revelou diferenças entre o G3 e G1, e G3 e G4 (cf. Tabela 87).

Tabela 87. Diferença de médias entre os grupos nos valores de AUCi-ANOVA com *Post Hoc Scheffé*

| | G1 | G2 | G3 | G4 |
|----|----|------|-------|-------|
| G1 | | n.s. | ,001* | n.s. |
| G2 | | | n.s. | n.s. |
| G3 | | | | ,000* |
| G4 | | | | |

* $p < .05$

9.1.9. Batimentos Cardíacos

Os valores dos batimentos cardíacos foram analisados em termos dos valores médios da *Baseline* Cardíaca e da Reactividade às imagens positivas, neutras e negativas.

De modo a facilitar o acesso à informação, os dados foram analisados por meio de uma MANOVA. Para tal, realizou-se a verificação dos pressupostos da estatística paramétrica, tendo-se testado a normalidade e a homogeneidade da variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que as variáveis têm uma distribuição normal na amostra estudada. Como tal, legitima-se a utilização do teste paramétrico MANOVA.

Tabela 88. Resultados do teste MANOVA para a Reactividade Cardíaca, em função do Grupo

| MANOVA | Reactividade Cardíaca | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------|--------------|---------------|-------|-------|
| | G1 | G2 | G3 | G4 | | |
| | N = 42 | N = 36 | N = 36 | N = 36 | | |
| | Média (DP) | Média (DP) | Média (DP) | Média (DP) | F | p |
| Baseline | 71,79 (12,99) | 70,45 (8,07) | 70,96 (8,19) | 73,92 (10,77) | ,786 | ,504 |
| Imagens positivas | -,53 (4,93) | ,41 (3,18) | 2,28 (1,63) | 2,10 (2,42) | 6,316 | ,000* |
| Imagens negativas | -,44 (5,03) | ,22 (3,70) | 2,48 (1,45) | 2,51 (2,82) | 6,962 | ,000* |
| Imagens neutras | 3,78 (18,12) | ,44 (3,32) | 2,27 (1,17) | 1,93 (2,18) | ,761 | ,518 |

$P < .05$ *

A análise dos resultados indica que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível da Reactividade Cardíaca – Imagens positivas ($F = 6,316$; $GL1 = 3$; $GL2 = 146$; $p < .05$) e da Reactividade Cardíaca – Imagens negativas ($F = 6,962$; $GL3 = 1$; $GL2 = 146$; $p < .05$) (cf. Tabela 88).

Em relação à Reactividade Cardíaca – Imagens positivas e negativas, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre o G1 e G3, G4. Sendo que os cuidadores do G1 apresentavam os menores valores de reatividade cardíaca.

9.1.10. Condutância da Pele

Os valores da condutância da pele foram analisados em termos dos valores médios da *Baseline* Electrodérmica e da Reactividade às imagens positivas, neutras e negativas.

De modo a facilitar o acesso à informação, foram analisadas as variâncias dos vários grupos. Para tal, realizou-se a verificação dos pressupostos da estatística paramétrica, tendo-se testado a normalidade e a homogeneidade da variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que as variáveis têm uma distribuição normal na amostra estudada. Como tal, utilizou-se a estatística paramétrica, especificamente o teste MANOVA.

Tabela 89. Resultados do teste MANOVA para a Reactividade Electrodérmica, em função do Grupo

| MANOVA | Reactividade Electrodérmica | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|-------|--------------|
| | G1 N = 42 | G2 N = 36 | G3 N = 36 | G4 N = 36 | F | p |
| | Média (DP) | Média (DP) | Média (DP) | Média (DP) | | |
| Baseline | 4,41 (2,98) | 3,29 (2,38) | 2,24 (2,05) | 3,20 (2,28) | 5,067 | ,002* |
| Imagens positivas | -,07 (1,19) | ,28 (,99) | ,21 (,89) | ,27 (,94) | 1,053 | ,371 |
| Imagens negativas | -,10 (1,25) | ,26 (,99) | ,21 (,88) | ,24 (,92) | 1,122 | ,342 |
| Imagens neutras | -,04 (1,19) | ,24 (1,00) | ,21 (,87) | ,27 (,96) | ,813 | ,489 |

* $p < .05$

A análise dos resultados indica que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível da *Baseline* Electrodermica ($F = 5,067$; $GL1 = 3$; $GL2 = 146$; $p < .05$) (cf. Tabela 89).

Em relação à *Baseline* Electrodermica, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre o G1 e G3. Sendo que os cuidadores do G3 apresentam os menores valores de condutância da pele em repouso.

9.2. Testes de Hipóteses

Nesta secção são apresentados os resultados tendo por base os testes das hipóteses formuladas, seguidos dos resultados das análises exploratórias realizadas. As questões de investigação foram testadas quanto à sua normalidade, isto é, se as variáveis eram de natureza intervalar, apresentavam uma distribuição normal e existia homogeneidade de variância na distribuição da variável independente em relação à dependente.

9.2.1. **Hipótese 1:** Esperam-se diferenças entre cuidadores com e sem diagnóstico de PTSD ao nível da morbilidade psicológica (Depressão e *Distress*), Sobrecarga, Suporte Social, *Coping* Familiar e reactividade emocional (batimentos cardíacos, condutância da pele, níveis de cortisol salivar).

O trauma psicológico na população geral e em cuidadores tem sido sistematicamente associado a alterações dos diferentes aspectos da saúde física e mental dos indivíduos (por ex: Calhoun, et al., 2002; Dekel & Solomon, 2007; Dekel, et al., 2005; Dew, et al., 2004; Ferruzza, et al., 2006; Galovski & Lyons, 2004; Sautter, et al., 2006; Schreier, et al., 2005; Young et al., 2003). Daí que seja interessante verificar se em cuidadores de Dependentes de Substâncias ocorrem de igual modo essas alterações.

A morbilidade psicológica foi avaliada através do instrumento BDI e do BSI – IGS, a sobrecarga foi avaliada através da escala total do CRA, o suporte social foi avaliado através da escala total do IESSS, o *coping* familiar foi avaliado através da escala total do F-COPES. A reactividade emocional foi avaliada em termos dos níveis de cortisol.

Tabela 90. Resultados do teste MANOVA ao nível da Depressão, *Distress*, Sobrecarga, Suporte Social, *Coping* Familiar e Reactividade Emocional, em termos do diagnóstico de PTSD

| MANOVA | Diagnóstico de PTSD | | | |
|---|---------------------|--------------------|-------|--------------|
| | Com PTSD N = 55 | Sem PTSD N = 59 | | |
| | Média (DP) | Média (DP) | F | p |
| BDI - Total | 13,00 (7,20) | 13,22 (6,70) | ,03 | ,868 |
| BSI – IGS | 1,23 (,52) | 1,31 (,53) | ,73 | ,393 |
| Sobrecarga | 43,40 (10,66) | 50,97 (19,02) | 6,73 | ,011* |
| IESSS – Total | 55,42 (14,93) | 58,49 (17,71) | 1,00 | ,320 |
| F-COPES - Global | 96,35 (15,88) | 88,46 (12,69) | 8,64 | ,004* |
| Cortisol (CAR) | 10,84 (8,73) | 7,76 (5,10) | 5,400 | ,022* |
| Cortisol (AUCg) | 33,46 (13,61) | 28,78 (11,54) | 3,949 | ,049* |
| Cortisol (AUCi) | 9,94 (10,81) | 6,61 (6,08) | 4,168 | ,044* |
| Baseline Cardíaca | 71,02 (11,24) | 71,19 (9,05) | ,008 | ,930 |
| Reatividade Cardíaca - Imagens positivas | ,57 (3,00) | ,73 (4,38) | ,046 | ,831 |
| Reatividade Cardíaca - Imagens negativas | ,57 (3,32) | ,80 (4,49) | ,095 | ,759 |
| Reatividade Cardíaca - Imagens neutras | ,68 (3,10) | 3,71 (15,16) | 2,117 | ,149 |
| Baseline Electrodermica | 3,46 (3,30) | 3,29 (1,91) | ,126 | ,723 |
| Reatividade Electrodermica - Imagens positivas | ,15 (1,05) | ,12 (1,04) | ,023 | ,880 |
| Reatividade Electrodermica - Imagens negativas | ,12 (1,10) | ,10 (1,05) | ,008 | ,929 |
| Reatividade Electrodermica - Imagens neutras | ,15 (1,05) | ,11 (1,03) | ,029 | ,866 |

*p<.05

Os resultados indicam que foram encontradas diferenças significativas entre os cuidadores com e sem diagnóstico de PTSD (cf. Tabela 90).

A análise aos resultados indica que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Sobrecarga ($F = 6,73$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), do *Coping* Familiar ($F = 8,64$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .01$), Cortisol – CAR ($F = 5,400$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Cortisol – AUCg ($F = 3,949$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$) e Cortisol – AUCi ($F = 4,168$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$).

Daí que a hipótese 1 foi parcialmente comprovada, uma vez que se verificaram diferenças na Sobrecarga, *Coping* Familiar e Reactividade Emocional. Sendo que os cuidadores com PTSD apresentam menor Sobrecarga, maior *Coping* Familiar e maiores níveis de Cortisol.

9.2.2. **Hipótese 2:** Espera-se que as variáveis clínicas/psicossociais e fisiológicas contribuam de forma diferente para a Sobrecarga e o Suporte Social nos cuidadores de Dependentes de Substâncias.

O Suporte Social e a Sobrecarga têm sido estudados em cuidadores de pacientes com diversas patologias. Em determinados estudos foram encontradas relações significativas entre variáveis clínicas e/ou psicossociais e fisiológicas e alterações ao nível da Sobrecarga e do Suporte Social. Na realidade, as variáveis clínicas/psicossociais parecem influenciar de modo mais evidente a Sobrecarga do que o Suporte Social (Schoeder & Remer, 2007; Spitznagel, et al., 2006). Algumas consequências das patologias, como por exemplo as alterações comportamentais e cognitivas dos pacientes, parecem ter um impacto manifesto ao nível da Sobrecarga dos cuidadores (Schumacher, et al., 2008; Vernon-Scott, 2008) enquanto o Suporte Social parece funcionar como moderador/mediador da relação entre as consequências e um sentimento mais geral de bem-estar do cuidador (Hanks, et al., 2007; Sabella, 2008a) e como factor de adesão ao tratamento (Siegel, et al., 2008; Valenzuela, 2008). As variáveis fisiológicas são habitualmente estudadas em conjunto com a Sobrecarga e o Suporte Social, sendo as suas alterações geralmente interpretadas como estando relacionadas com situações de elevada Sobrecarga e baixos níveis de Suporte Social (Raiber-Kornfeld, 2006; Von Känel, et al., 2003). Daí que seja interessante verificar se ao nível dos cuidadores de Dependentes de Substâncias o impacto diferenciado das variáveis clínicas/psicossociais e fisiológicas se verifica.

Na elaboração dos modelos de regressão verificou-se a existência de correlações entre as variáveis independentes e as variáveis psicológicas dependentes (Sobrecarga e Suporte Social). Foi utilizada uma regressão linear hierárquica. No bloco 1 foram introduzidas as variáveis demográficas e clínicas/psicossociais, no bloco 2 as variáveis psicológicas e no bloco 3 as variáveis fisiológicas, com a ordem de maior valor de correlação, tendo sido seleccionado o método *Stepwise* (Brace, Kemp, & Snelgar, 2006).

No modelo foram incluídas as variáveis *Idade do Cuidador*, *Sexo do Cuidador*, *Detenção devido à Dependência*, *Número de internamentos em comunidades*, *Número de desintoxicações em casa*, *Número de desintoxicações em clínicas*, uma vez que estão relacionadas com as características da patologia, o que tem sido considerado essencial na determinação das variáveis

preditoras da sobrecarga (Majerovitz, 2007; Pickett, 2007; Yaffe, 2007). As variáveis psicológicas *Depressão*, *Distress Psicológico*, *Número de Sintomas de PTSD*, *Suporte Social*, *Qualidade de Vida – Físico*, *Qualidade de Vida – Psicológico* e *Coping Familiar* de igual modo foram incluídas uma vez que têm sido consideradas como preditoras de sobrecarga (Gideon, 2007; Sherwood, et al., 2006; Spitznagel, et al., 2006; Whitlatch, Feinberg, & Sebesta, 1997). Por fim, as variáveis fisiológicas *Cortisol – CAR*, *Cortisol – AUCg* e *Baseline Cardíaca* foram incluídas dado estarem correlacionadas com a Sobrecarga e a sua relevância ter sido demonstrada noutros estudos (Jiao & Feng, 2005; Vitaliano, Echeverria, Shelkey, Zhang, & Scanlan, 2007; Von Känel, et al., 2003; Zhang, Vitaliano, & Lin, 2006) (cf. Tabela 91).

Tabela 91. Correlações entre as variáveis psicológicas e fisiológicas, a Sobrecarga e o Suporte Social

| | Sobrecarga | Suporte Social - Total |
|--|----------------|------------------------|
| BDI | n.s. | -,460** |
| BSI - IGS | ,281** | -,604** |
| CRA - Total | | -,339** |
| Número de sintomas de PTSD | -,225* | n.s. |
| IESSS - Total | -,339** | |
| Físico | -,399** | ,312** |
| Psicológico | n.s. | ,382** |
| WHOQOL | | |
| Relações Sociais | n.s. | ,542** |
| Ambiente | n.s. | ,459** |
| F-COPES - Global | -,325** | ,240** |
| Cortisol (CAR) | -,190* | n.s. |
| Cortisol (AUCg) | -,334** | n.s. |
| Cortisol (AUCi) | n.s. | n.s. |
| Baseline Cardíaca | -,239** | n.s. |
| Reactividade Cardíaca - Imagens positivas | n.s. | ,180* |
| Reactividade Cardíaca - Imagens negativas | n.s. | ,189* |
| Reactividade Cardíaca - Imagens neutras | n.s. | ,164* |
| Baseline Electrodermica | n.s. | n.s. |
| Reactividade Electrodermica - Imagens positivas | n.s. | n.s. |
| Reactividade Electrodermica - Imagens negativas | n.s. | n.s. |
| Reactividade Electrodermica - Imagens neutras | n.s. | n.s. |

**p<.01; *p<.05

Tabela 92. Variáveis Predictoras da Sobrecarga (regressão linear hierárquica, método *Stepwise*)

| | R ² | R ² ajustado | R ² change | β estandardizado | t | F |
|------------------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|------------------|-----------|-----------|
| Bloco 1 | | | | | | |
| N.º de desintoxicações em clínicas | ,308 | ,281 | ,043 | ,354 | 3,508** | 11,285*** |
| Detenção devido à Dependência | | | | -,269 | -2,662** | |
| Idade do Cuidador | | | | -,208 | -2,166* | |
| Bloco 2 | | | | | | |
| Suporte Social | ,438 | ,400 | ,054 | -,315 | -3,435** | 11,551*** |
| Número de sintomas de PTSD | | | | -,245 | -2,671** | |
| Bloco 3 | | | | | | |
| <i>Baseline</i> cardíaca | ,561 | ,519 | ,027 | -,333 | -3,915*** | 13,165*** |
| Cortisol - CAR | | | | -,171 | -2,122* | |

***p=.000; **p<.01; *p<.05

Os resultados da análise da regressão mostram que este modelo explica cerca de 52% da variância observada, sendo cada passo significativo e que cada variável adicionada contribuiu significativamente ($F_{7,72} = 13,165$, $p=.000$). Com a introdução dos blocos 1 e 2 não houve alterações nas significâncias das variáveis (cf. Tabela 92).

Deste modo, pode-se verificar que um menor número de detenções devido à Dependência de Substâncias, um maior número de desintoxicações em clínicas, menor Idade do Cuidador, menor Suporte Social, um menor número de sintomas de PTSD, menores níveis de Batimentos cardíacos em repouso e menores níveis de Cortisol matinais, maior é a probabilidade dos cuidadores desenvolverem Sobrecarga.

Posteriormente, as restantes variáveis foram novamente introduzidas no modelo de regressão e analisadas com o método *Enter*. No entanto, não se revelaram significativas, nada acrescentando ao modelo.

Em relação ao Suporte Social, no modelo foram incluídas as variáveis *Idade do Cuidador*, *Sexo do Cuidador*, *Coabitação com o Dependente de Substâncias*, *Número de desintoxicações em clínicas* e *Detenção devido à Dependência*, uma vez que estão relacionadas com as características da patologia, sendo relevantes para a predição do suporte social (por ex: Sabella, 2008a; Smerglia, et al., 2007). As variáveis psicológicas *Depressão*, *Distress Psicológico*, *Sobrecarga*, *Qualidade de Vida – Físico*, *Qualidade de Vida – Psicológico*, *Qualidade de Vida – Relações Sociais*, *Qualidade de Vida – Ambiente* e *Coping Familiar* foram igualmente incluídas pois têm sido sistematicamente consideradas como variáveis predictoras do suporte social (por ex: Alshubaili, et al., 2007;

Dierberger, 2007; Spitznagel, et al., 2006; Zunzunegui, et al., 2002), Por último, as variáveis fisiológicas Reactividade cardíaca – Imagens positivas, Reactividade cardíaca – Imagens negativas e Reactividade cardíaca – Imagens neutras dado estarem associadas ao Suporte Social e estudos anteriores terem revelado a sua importância (Thompson, et al., Raiber-Kornfeld, 2006; 2004; Wilcox, et al., 2005) (cf. Tabela 92).

Tabela 93. Variáveis preditoras do Suporte Social (regressão linear hierárquica, método *Stepwise*)

| | R ² | R ² ajustado | R ² change | β estandardizado | t | F |
|---|----------------|-------------------------|-----------------------|------------------|-----------|-----------|
| Bloco 1 | | | | | | |
| Coabitação com o Dependente | ,121 | ,113 | ,121 | ,348 | 3,930*** | 15,443*** |
| Bloco 2 | | | | | | |
| Qualidade de Vida – Relações Sociais | | | | ,458 | 5,528*** | |
| <i>Distress</i> | ,493 | ,470 | ,033 | -,356 | -4,542*** | 21,015*** |
| Qualidade de Vida - Psicológico | | | | -,255 | -2,979** | |
| Sobrecarga | | | | -,196 | -2,652** | |
| Bloco 3 | | | | | | |
| Reactividade cardíaca – Imagens neutras | ,522 | ,495 | ,029 | ,177 | 2,545* | 19,480*** |

***p=.000; **p<.01; *p<.05

Os resultados da análise da regressão mostram que este modelo explica cerca de 50% da variância observada, sendo cada passo significativo e que cada variável adicionada contribuiu significativamente ($F_{6,107} = 19,480$; $p = .000$). Com a introdução dos blocos 1 e 2 não houve alterações nas significâncias das variáveis (cf. Tabela 93).

Assim, a coabitação com o Dependente, níveis inferiores de *Distress* Psicológico, menor Sobrecarga, menor Qualidade de Vida psicológica, maior Qualidade de Vida nas relações sociais e maior Reactividade Cardíaca nas imagens neutras estão associados a uma maior probabilidade dos cuidadores receberem Suporte Social.

Posteriormente, as restantes variáveis foram novamente introduzidas no modelo de regressão e analisadas com o método *Enter*. No entanto, não se revelaram significativas, nada acrescentando ao modelo.

Deste modo, a análise às variáveis preditoras da Sobrecarga e do Suporte Social torna evidente que as variáveis clínicas contribuem para 40% da variância observada na Sobrecarga, enquanto contribuem 47% para a variância observada no Suporte Social. As variáveis fisiológicas ajudam a explicar mais 12% da variância da Sobrecarga e 3% no Suporte Social.

9.2.3. **Hipótese 3:** Espera-se que as variáveis psicossociais e fisiológicas discriminem cuidadores com Sobrecarga dos sem Sobrecarga.

Os resultados do teste da hipótese 2 mostraram que existem variáveis psicossociais que predizem a Sobrecarga nos cuidadores. No entanto, na revisão da literatura não tem sido evidente que essas variáveis discriminem entre cuidadores com maior e menor sobrecarga (Cousineau, McDowell, Hotz, & Hébert, 2003). Como tal, torna-se relevante determinar quais as variáveis psicossociais e fisiológicas que discriminem os cuidadores com maior e menor sobrecarga. Este procedimento envolve duas fases, a análise discriminante descritiva e a análise discriminante preditiva (Brace, et al., 2006; Pestana & Gageiro, 2003).

Na ausência de valores normativos para a escala CRA, optou-se por utilizar o valor da mediana (45) como ponte de corte. A análise discriminante descritiva revelou 54 cuidadores sem sobrecarga (< 45) e 60 cuidadores com sobrecarga (≥ 45) (cf. Tabela 94).

Deste modo, considerando o valor da mediana para distinguir os grupos, verifica-se que os cuidadores com sobrecarga também apresentam maior Depressão, *Distress* Psicológico e sintomas de PTSD e menor Suporte Social, Qualidade de Vida (Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente) e *Coping* Familiar. Em relação às variáveis fisiológicas, os cuidadores com sobrecarga, apresentam valores maiores de Cortisol (CAR, AUCi) e de Reactividade Cardíaca (Imagens positivas, negativas) (cf. Tabela 94).

A análise ao valor da média da função discriminante para a Sobrecarga revelou que a média é positiva para os cuidadores sem sobrecarga e negativa para os cuidadores com sobrecarga, o que confirma que a função discrimina os grupos (cf. Tabela 95).

A análise dos resultados (níveis de significância) permitem recusar a hipótese da igualdade de medidas para todas as variáveis, portanto susceptível de caracterizar as especificidades dos indivíduos com e sem sobrecarga. A relação entre a função discriminante e a variável original, no caso a sobrecarga, permite ver a contribuição de cada variável para a discriminação dos grupos e mostra que para a discriminação entre os grupos de indivíduos que apresentam sobrecarga dos que

não apresentam, a variável que assume maior importância é o Suporte Social, seguido da Reactividade cardíaca - Imagens positivas, do *Distress* Psicológico e da Reactividade cardíaca - Imagens negativas.

Tabela 94. Resultado da Análise Discriminante – teste à diferença das médias dos grupos

| Análise discriminante descritiva | Sobrecarga | |
|--|--------------------|--------------------|
| | CRA < 45 N = 54 | CRA ≥ 45 N = 60 |
| | Média (DP) | Média (DP) |
| BDI - Total | 11,82 (7,24) | 14,28 (6,76) |
| BSI – IGS | 1,14 (,55) | 1,39 (,47) |
| Número total de sintomas PTSD | 4,67 (3,89) | 5,05 (4,97) |
| IESSS – Total | 64,17 (16,39) | 50,57 (13,65) |
| WHOQOL - Físico | 67,86 (14,85) | 67,08 (14,48) |
| WHOQOL – Psicológico | 60,18 (15,39) | 58,40 (13,97) |
| WHOQOL – Relações Sociais | 61,26 (18,47) | 56,11 (15,41) |
| WHOQOL – Ambiente | 54,57 (12,80) | 52,40 (15,75) |
| F-COPES - Global | 94,89 (15,52) | 89,90 (13,81) |
| Cortisol (CAR) | 9,1846 (9,25) | 9,3032 (4,79) |
| Cortisol (AUCg) | 32,48 (14,93) | 29,74 (10,35) |
| Cortisol (AUCi) | 7,75 (10,98) | 8,65 (6,31) |
| Baseline Cardíaca | 72,99 (11,37) | 69,41 (8,60) |
| Reactividade Cardíaca - Imagens positivas | -,43 (4,66) | 1,62 (2,36) |
| Reactividade Cardíaca - Imagens negativas | -,28 (5,09) | 1,57 (2,25) |
| Reactividade Cardíaca - Imagens neutras | 2,90 (16,08) | 1,66 (2,44) |
| Baseline Electrodérmica | 3,73 (2,41) | 3,05 (2,85) |
| Reactividade Electrodérmica - Imagens positivas | ,24 (1,09) | ,03 (,99) |
| Reactividade Electrodérmica - Imagens negativas | ,22 (1,12) | ,02 (1,02) |
| Reactividade Electrodérmica - Imagens neutras | ,23 (1,10) | ,04 (,97) |

De seguida, realizou-se a análise discriminante preditiva com o objectivo de se determinar as variáveis que predizem a discriminação da Sobrecarga entre os grupos.

Tabela 95. Resultado da Análise Discriminante dos grupos

| Sobrecarga | Função 1 |
|----------------|----------|
| Sem sobrecarga | ,926 |
| Com sobrecarga | -,833 |

Tabela 96. Matriz da estrutura factorial das variáveis que discriminam a Sobrecarga

| | Wilk's Lambda | F | p | Função |
|--|---------------|--------|-------------|--------|
| BDI - Total | ,969 | 3,551 | ,062 | -,201 |
| BSI – IGS | ,942 | 6,843 | ,010 | -,279 |
| Número total de sintomas PTSD | ,998 | ,207 | ,650 | -,048 |
| IESSS – Total | ,828 | 23,330 | ,000 | ,515 |
| WHOQOL - Físico | ,999 | ,079 | ,779 | ,030 |
| WHOQOL – Psicológico | ,996 | ,420 | ,518 | ,069 |
| WHOQOL – Relações Sociais | ,977 | 2,636 | ,107 | ,173 |
| WHOQOL – Ambiente | ,994 | ,646 | ,423 | ,086 |
| F-COPES - Global | ,971 | 3,298 | ,072 | ,194 |
| Cortisol (CAR) | 1,000 | ,008 | ,931 | -,009 |
| Cortisol (AUCg) | ,988 | 1,321 | ,253 | ,123 |
| Cortisol (AUCi) | ,997 | ,295 | ,588 | -,058 |
| Baseline Cardíaca | ,968 | 3,653 | ,059 | ,204 |
| Reactividade Cardíaca - Imagens positivas | ,925 | 9,073 | ,003 | -,321 |
| Reactividade Cardíaca - Imagens negativas | ,945 | 6,526 | ,012 | -,272 |
| Reactividade Cardíaca - Imagens neutras | ,997 | ,346 | ,558 | ,063 |
| Baseline Electrodérmica | ,983 | 1,896 | ,171 | ,147 |
| Reactividade Electrodérmica - Imagens positivas | ,990 | 1,178 | ,280 | ,116 |
| Reactividade Electrodérmica - Imagens negativas | ,991 | ,970 | ,327 | ,105 |
| Reactividade Electrodérmica - Imagens neutras | ,992 | ,885 | ,349 | ,100 |

Deste modo, os cuidadores sem Sobrecarga são os que registam melhor Suporte Social (,515) e níveis reduzidos de Reactividade cardíaca – Imagens positivas (-,321), *Distress* Psicológico (-,279) e Reactividade cardíaca – Imagens negativas (-,272) (cf. Tabela 96).

A tabela 97 mostra que a função discriminante encontrada classifica correctamente 80% dos casos.

Tabela 97. Quadro da classificação correcta dos casos da função discriminante

| | | Predição da Pertença ao Grupo | | |
|-----------------|---------------------------|-------------------------------|----------------|-------|
| | | Sem Sobrecarga | Com Sobrecarga | Total |
| Original | Sem Sobrecarga (N) | 39 | 15 | 54 |
| | Com Sobrecarga (N) | 8 | 52 | 60 |
| | Sem Sobrecarga (%) | 72,2 | 27,8 | 100,0 |
| | Com Sobrecarga (%) | 13,3 | 86,7 | 100,0 |

79,8% dos casos correctamente classificados

Resumindo, a análise à função discriminante permitiu a obtenção de uma variável canónica ou função discriminante com resultados de significância (Wilk's Lambda = ,560; $X^2 = 59,105$; $p=.000$) e uma correlação canónica de ,663. Estas informações permitem concluir que o poder discriminatório da função é significativo e que os dois grupos, cuidadores com e sem sobrecarga, são significativamente diferentes em termos de Suporte Social, Reactividade cardíaca (Imagens positivas e negativas) e *Distress* Psicológico. Contudo, a correlação canónica é só de ,663 e a proporção de variância não explicada pelas diferenças entre os grupos seja elevada (,560).

9.2.4. Hipótese 4: Espera-se que o *Coping* Familiar seja uma variável moderadora entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga, em cuidadores de Dependentes de Substâncias.

O estudo às variáveis predictoras da Sobrecarga identificou o PTSD como uma das variáveis responsáveis pela variância observada (cf. Tabela 92). A literatura tem igualmente identificado o PTSD em cuidadores e pacientes como estando associado à sobrecarga (Arzi, et al., 2000; Beckham, et al., 1996; Calhoun, et al., 2002; Dekel & Solomon, 2007; Dekel, et al., 2005; Galovski & Lyons, 2004; Sautter, et al., 2006). O papel das variáveis familiares nesta relação tem sido escassamente estudado daí que seja interessante avaliar-se a qualidade moderadora do *Coping* Familiar entre o PTSD e a Sobrecarga. De acordo com Baron e Kenny (1986), uma variável moderadora é uma terceira variável qualitativa ou quantitativa que afecta a direcção ou intensidade entre a variável independente (VI) e a variável dependente (VD); a relação causal entre a VI e a VD é modificada em função da variável moderadora. Assim, se o *Coping* Familiar (X_2) modera a relação entre a Sintomatologia Traumática (X_1) e a Sobrecarga (Y), então o peso da regressão entre a

Sintomatologia Traumática (X_1) e a Sobrecarga (Y) vai ser distinto ao longo dos resultados do *Coping* Familiar (X_2). Os efeitos das variáveis moderadoras podem ser analisados através de desenhos correlacionais ou através de análises de variância. A variável independente e a moderadora foram estandardizadas, tendo sido escolhidos os valores para a variável moderadora. Para se testar o efeito moderador do *Coping* Familiar (X_2), elaborou-se um modelo de regressão no qual a Sobrecarga aparece como a VD, sendo que a interacção entre a Sintomatologia Traumática (X_1) e o *Coping* Familiar (X_2) é representado como o produto entre os resultados estandardizados dos mesmos. Este produto entra no modelo de regressão como VI, sendo analisados os valores β estandardizados para se interpretar a presença da moderação (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003; Preacher, Rucker, & Hayes, 2007).

Os resultados da testagem da hipótese de moderação estão apresentados na tabela 98.

Tabela 98. Análise dos efeitos de moderação do *Coping* Familiar na relação entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga (regressão múltipla linear)

| | R ² ajustado | β estandardizado | t | p |
|---|-------------------------|------------------------|--------|-------------|
| Bloco 1 | | | | |
| Sintomas de PTSD | ,042 | -,225 | -2,441 | ,016 |
| <i>Coping</i> Familiar | ,082 | -,224 | -2,411 | ,018 |
| Bloco 2 | | | | |
| Sintomas de PTSD | | -,190 | -2,079 | ,040 |
| <i>Coping</i> Familiar | ,141 | -,230 | -2,526 | ,013 |
| Sintomas de PTSD x <i>Coping</i> Familiar | | ,210 | 2,365 | ,020 |

Os valores estandardizados dos coeficientes de correlação associados à Sobrecarga são significativos ($\beta = -,225$, $p < .05$; $\beta = -,224$, $p < .01$). Sendo que os cuidadores com menor Sintomatologia Traumática e menor *Coping* Familiar terão maior probabilidade de apresentar valores mais elevados de Sobrecarga. Para além disso, o valor do coeficiente de correlação da interacção entre a Sintomatologia Traumática e o *Coping* Familiar é significativo ($\beta = ,210$, $p < .05$).

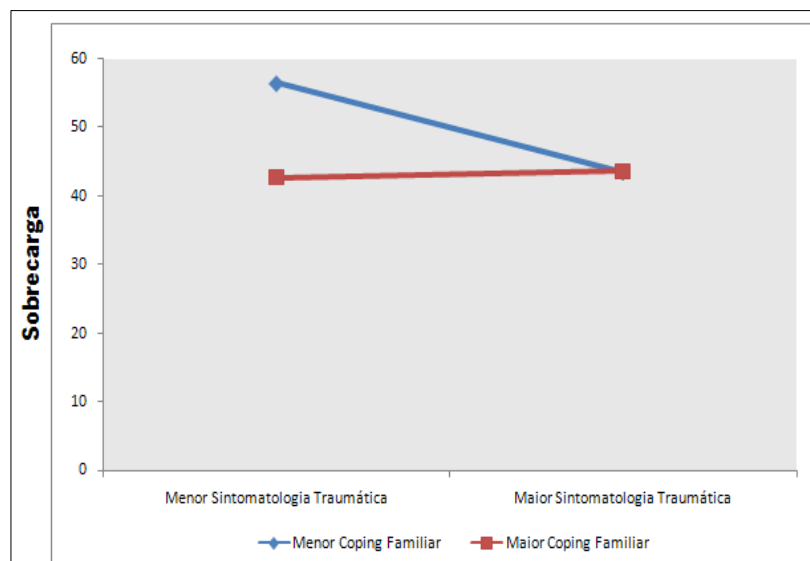


Figura 36. Representação gráfica da relação de moderação do *Coping* Familiar entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga

Com base nestes valores, realizou-se um gráfico da relação de moderação. A figura 36 mostra que o *Coping* Familiar modera a relação entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga. Isto é, os valores de calculados mostram uma relação significativa para níveis baixos de *Coping* Familiar ($\beta = -6,49$; $t = -3,01$; $p < .01$) mas não para níveis altos de *Coping* Familiar ($\beta = ,43$; $t = ,22$; n.s.). Sendo assim, estes resultados permitem afirmar que existe uma relação preditiva quando a Sintomatologia Traumática é elevada, a Sobrecarga é baixa e o *Coping* Familiar é baixo.

Assim, a hipótese 4 foi confirmada, isto é, o *Coping* Familiar modera a relação entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga.

9.2.4. Hipótese 5: Espera-se que a Sobrecarga seja uma variável mediadora entre o *Distress* Psicológico e a reactividade emocional (batimentos cardíacos, condutância da pele, níveis de cortisol salivar), em cuidadores de Dependentes de Substâncias.

De modo a facilitar a compreensão, a hipótese foi dividida em termos dos itens da reactividade emocional. Assim, primeiro será analisado o modelo de mediação com as variáveis dependentes referentes aos batimentos cardíacos, depois da condutância da pele e por fim do cortisol salivar.

9.2.4.1. **Hipótese 5.1:** Espera-se que a Sobrecarga seja uma variável mediadora entre o *Distress* Psicológico e a Reactividade Cardíaca.

A literatura tem demonstrado a relação entre a elevação dos níveis de *distress* psicológico em cuidadores e alterações dos batimentos cardíacos (Castro, Wilcox, O'Sullivan, Baumann, & King, 2002; King, Baumann, O'Sullivan, Wilcox, & Castro, 2002; Knight & McCallum, 1998; Valdimarsdottir, et al., 2002). No entanto, a Sobrecarga não tem sido estudada como tendo um efeito mediador nesta relação. Uma vez que neste estudo foram utilizadas muitas medidas dos batimentos cardíacos, foi realizada uma análise correlacional prévia sobre as medidas da reactividade cardíaca que se correlacionavam com o *Distress* Psicológico e com a Sobrecarga. A análise permitiu identificar a *Baseline* Cardíaca como estando correlacionada com ambas. Depois de identificada a variável dependente, verificou-se se o *Distress* Psicológico estava correlacionado com os Batimentos cardíacos (via c), se o *Distress* Psicológico era preditor dos Batimentos cardíacos (via c'), se o *Distress* Psicológico era preditor da Sobrecarga (via a) e se a Sobrecarga era preditora dos Batimentos cardíacos (via b) (cf. Figura 37).

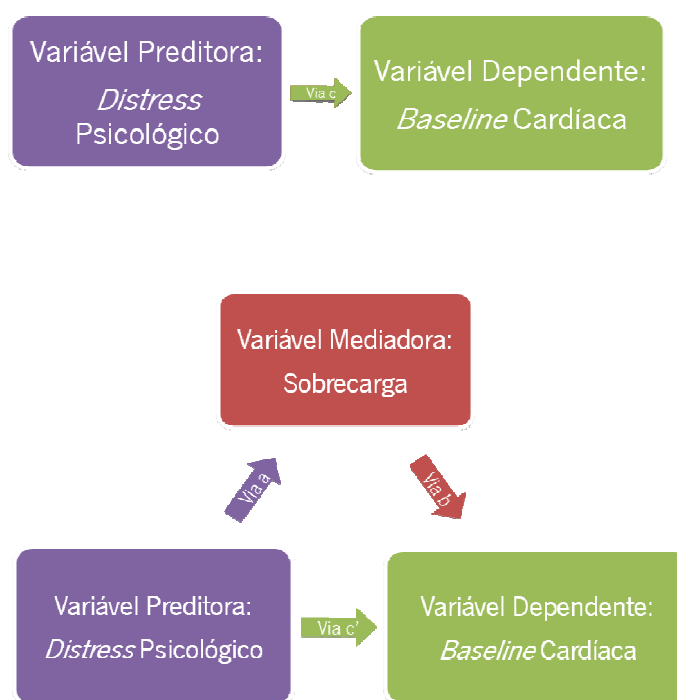


Figura 37. Diagrama das vias do modelo de mediação (hipótese 5.1)

Os resultados da testagem da hipótese de mediação para a *Baseline* Cardíaca estão apresentados na tabela 99.

Tabela 99. Análise dos efeitos de mediação da Sobrecarga na *Baseline* Cardíaca (regressão múltipla linear, método *Enter*)

| | R ² ajustado | β estandardizado | t | p |
|--------------------------------------|-------------------------|------------------|--------|-------------|
| Passo 1 (via c) | | | | |
| Variável Dependente: <i>Baseline</i> | ,032 | | | |
| Variável Preditora: <i>Distress</i> | | -,196 | -2,427 | ,016 |
| Passo 2 (via a) | | | | |
| Variável Dependente: Sobrecarga | ,071 | | | |
| Variável Preditora: <i>Distress</i> | | ,281 | 3,103 | ,002 |
| Passo 3 (via b e c') | | | | |
| Variável Dependente: <i>Baseline</i> | ,062 | | | |
| Variável Mediadora: Sobrecarga | | -,266 | -2,798 | ,006 |
| Variável Preditora: <i>Distress</i> | | -,044 | -,461 | n.s. |

O valor estandardizado do coeficiente de correlação associado à *Baseline* Cardíaca (via c) é significativo ($\beta = -,196$, $p < .01$) cumprindo-se assim o primeiro requerimento para a mediação. Os coeficientes de correlação associados à Sobrecarga (via a) também se mostram significativos ($\beta = ,281$, $p < .01$), cumprindo assim o segundo requerimento para a mediação. Para se testar se a Sobrecarga está relacionada com a *Baseline* Cardíaca, realizou-se uma equação de regressão na qual o *Distress* Psicológico e a Sobrecarga entram simultaneamente como preditores da *Baseline* Cardíaca. Os valores dos coeficientes de correlação associados com a Sobrecarga e o *Distress* Psicológico também se mostram significativos (via b) ($\beta = -,266$, $p < .05$), estando cumprido o terceiro requerimento. A mesma equação de regressão mostra que o coeficiente de correlação associado com o *Distress* Psicológico e a *Baseline* Cardíaca (via c') deixou de ser significativo ($\beta = -,044$, n.s.) evidenciando que a Sobrecarga é um mediador parcial da relação entre o *Distress* Psicológico e a *Baseline* Cardíaca. No entanto, não podemos afirmar que é um mediador completo, uma vez que o coeficiente estandardizado do *Distress* Psicológico e a *Baseline* Cardíaca não foi reduzido a zero. Como sugerido por Preacher e Hayes (2004) no seguimento dos trabalhos de Baron e Kenny (1986), a mediação foi testada com o teste de Sobel que confirmou a mediação da Sobrecarga na relação entre o *Distress* e os Batimentos cardíacos ($z = -2,08$; $p < .05$). De acordo com estes autores, a força da mediação foi calculada do seguinte modo: 1) multiplicou-se o β de a) com o β de b); 2) o produto foi dividido pelo β de c) e multiplicado por 100. O resultado desta

fórmula foi de 26,60, o que significa que apenas 27% do efeito do *Distress* sobre os Batimentos cardíacos é mediado pela Sobrecarga.

9.2.4.2. **Hipótese 5.2:** Espera-se que a Sobrecarga seja uma variável mediadora entre o *Distress* Psicológico e a Reactividade Electrodermica.

A literatura tem demonstrado a relação entre a elevação dos níveis de *distress* psicológico e alterações da condutância da pele (por ex: Thompson, et al., 2004). No entanto, a Sobrecarga não tem sido estudada como tendo um efeito mediador nesta relação. À semelhança do sucedido com os batimentos cardíacos, foi realizada uma análise correlacional prévia e nenhuma medida da condutância da pele se correlacionava com o *Distress* Psicológico e também com a Sobrecarga, pelo que não se procedeu ao estudo da mediação (cf. tabela 100).

Tabela 100. Correlações entre o *Distress* Psicológico, a Sobrecarga e as medidas de Reactividade Electrodermica (resumida)

| | <i>Distress</i> | Sobrecarga |
|--|-----------------|------------|
| Baseline Electrodermica | ,201* | n.s. |
| Reactividade Electrodermica - Imagens positivas | n.s. | n.s. |
| Reactividade Electrodermica - Imagens negativas | n.s. | n.s. |
| Reactividade Electrodermica - Imagens neutras | n.s. | n.s. |

*p<.05

9.2.4.3. **Hipótese 5.3:** Espera-se que a Sobrecarga seja uma variável mediadora entre a o *Distress* Psicológico e os níveis de Cortisol.

A literatura tem demonstrado a relação entre a elevação dos níveis de *distress* psicológico e alterações dos níveis de cortisol salivar (Davis et al., 2004; Deshauer, Duffy, Meaney, Sharma, & Grof, 2006; Purvis & Cross, 2007; Schreiber, et al., 2006; Vedhara, Miles, et al., 2003; Young, Vazquez, Jiang, & Pfeffer, 2006).

No entanto, a Sobrecarga não tem sido estudada como tendo um efeito mediador nesta relação. À semelhança do sucedido com os batimentos cardíacos e a condutância da pele, foi realizada uma análise correlacional prévia sobre as medidas de cortisol salivar utilizadas. A análise permitiu identificar a variável AUCg como estando correlacionada com o *Distress* Psicológico e a Sobrecarga. De seguida, verificou-se se o *Distress* Psicológico estava correlacionada com o Cortisol

(via c), se o *Distress* Psicológico era preditor do Cortisol (via c'), se o *Distress* Psicológico era preditora da Sobrecarga (via a) e se a Sobrecarga era preditora do Cortisol (via b) (cf. Figura 38).

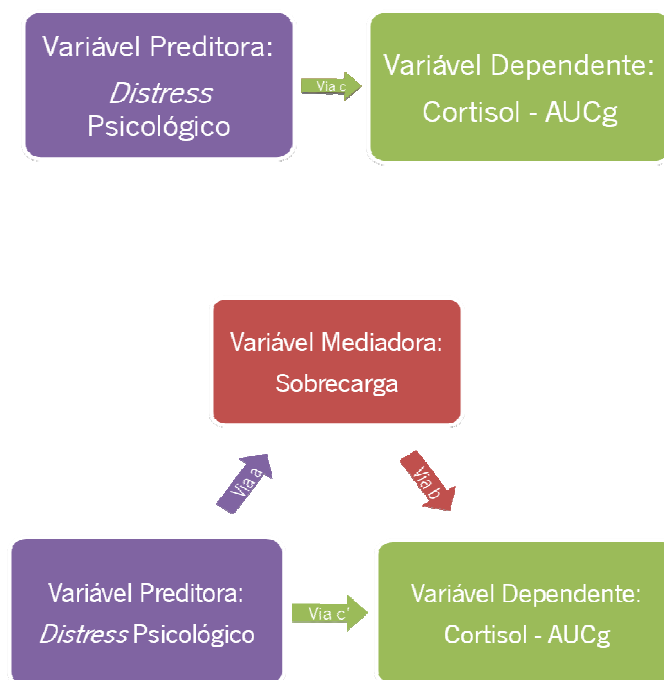


Figura 38. Diagrama das vias do modelo de mediação (hipótese 5.3)

Os resultados da testagem da hipótese de mediação para a AUCg estão apresentados na tabela 101.

Tabela 101. Análise dos efeitos de mediação da Sobrecarga nos níveis de Cortisol – AUCg (regressão linear múltipla, método *Enter*)

| | R ² ajustado | β estandardizado | t | p |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------|--------|-------------|
| Passo 1 (via c) | | | | |
| Variável Dependente: AUCg | ,023 | | | |
| Variável Preditora: <i>Distress</i> | | -,171 | -2,106 | ,037 |
| Passo 2 (via a) | | | | |
| Variável Dependente: Sobrecarga | ,071 | | | |
| Variável Preditora: <i>Distress</i> | | ,281 | 3,103 | ,002 |
| Passo 3 (via b e c') | | | | |
| Variável Dependente: AUCg | ,125 | | | |
| Variável Mediadora: Sobrecarga | | -,297 | -3,236 | ,002 |
| Variável Preditora: <i>Distress</i> | | -,159 | -1,737 | ,n.s. |

O valor estandardizado do coeficiente de correlação associado aos níveis de Cortisol - AUCg (via c) é significativo ($\beta = -.171$, $p < .05$) cumprindo-se assim o primeiro requerimento para a mediação. Os coeficientes de correlação associados à Sobrecarga (via a) também se mostram significativos ($\beta = .281$, $p < .01$), cumprindo assim o segundo requerimento para a mediação. Para se testar se a Sobrecarga está relacionada com os níveis de Cortisol - AUCg, realizou-se uma equação de regressão na qual o *Distress* Psicológico e a Sobrecarga entram simultaneamente como preditores dos níveis de Cortisol - AUCg. Os valores dos coeficientes de correlação associados com a Sobrecarga e os níveis de Cortisol também se mostram significativos (via b) ($\beta = -.297$, $p < .01$), estando cumprido o terceiro requerimento. A mesma equação de regressão mostra que o coeficiente de correlação associado com a Morbilidade Psicológica e os níveis de Cortisol - AUCg (via c') deixou de ser significativo ($\beta = -.159$, n.s.) evidenciando que a Sobrecarga é um mediador parcial da relação entre o *Distress* Psicológico e o Cortisol. No entanto não podemos afirmar que é um mediador completo, uma vez que o coeficiente estandardizado do *Distress* e a AUCg não foi reduzido a zero. O teste de Sobel confirmou a Sobrecarga como mediadora entre o *Distress* e os níveis de Cortisol ($z = -2.24$; $p < .05$). A força da mediação foi calculada tendo sido encontrado o resultado de 48,81, isto é, 49% do efeito do *Distress* sobre o Cortisol é mediado pela Sobrecarga.

9.3. Análises Exploratórias

Nesta secção são apresentadas as análises exploratórias das relações entre as variáveis sócio-demográficas, clínicas/psicossociais, psicológicas e fisiológicas (apenas os resultados significativos). Foi dada especial atenção à influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas/psicossociais nas variáveis psicológicas e fisiológicas.

9.3.1. Sexo do Cuidador

O papel de cuidador é mais frequentemente assumida por elementos do sexo feminino, quer seja mãe, cônjuge ou filha mais velha (Gatz, et al., 1990). Daí que naturalmente os estudos têm privilegiado o impacto da prestação dos cuidados nas cuidadoras. Por exemplo, Papastavrou e colaboradores (2007) verificaram que as cuidadoras de doentes com Demência apresentavam níveis elevados de depressão e *distress* emocional necessitando de ajuda especializada para lidar com a situação. No entanto, será interessante verificar se esta tendência se mantém nos cuidadores de Dependentes de Substâncias, isto é, se os cuidadores apresentam diferenças significativas, em

termos do sexo, nas variáveis psicológicas (Depressão, *Distress* Psicológico, Sobrecarga, Suporte Social, Qualidade de Vida, *Coping* Familiar) e fisiológicas (cortisol, batimentos cardíacos, condutância da pele).

Para testar a hipótese realizou-se a verificação dos pressupostos da estatística paramétrica, tendo-se testado a normalidade e a homogeneidade da variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que os constructos medidos do BDI, BSI-IGS, CRA, IESSS, WHOQOL e F-COPES têm uma distribuição normal na amostra estudada. As variáveis psicofisiológicas corresponderam igualmente a uma distribuição normal. A normalidade das variáveis sob o estudo e a homogeneidade de variâncias verifica-se, tendo-se utilizado o teste MANOVA.

A morbilidade psicológica foi avaliada através do instrumento BDI e do BSI – IGS, a sobrecarga foi avaliada através da escala total do CRA, o suporte social foi avaliado através da escala total do IESSS, a qualidade de vida foi avaliada através das subescalas Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente do WHOQOL, o *coping* familiar foi avaliado através da escala total do F-COPES. As variáveis psicofisiológicas foram avaliadas laboratorialmente (no caso do cortisol) e recolhidas pelos equipamentos descritos na secção 8.5.2 (no caso dos batimentos cardíacos e condutância da pele). A avaliação dos níveis de cortisol salivar baseou-se nos valores calculados de CAR, AUCg e AUCi.

Os resultados indicam que foram encontradas diferenças significativas entre os cuidadores com base no sexo.

A análise dos resultados indica que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Depressão ($F = 12,919$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), *Distress* Psicológico ($F = 8,508$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Número de sintomas de PTSD ($F = 6,588$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Suporte Social ($F = 5,439$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Reactividade Cardíaca – Imagens neutras ($F = 8,324$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Reactividade Electrodérmica – Imagens positivas ($F = 5,941$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Reactividade Electrodérmica – Imagens negativas ($F = 6,150$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$) e Reactividade Electrodérmica – Imagens neutras ($F = 6,142$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$) (cf. Tabela 102).

Tabela 102. Resultados do teste MANOVA para as variáveis psicológicas e fisiológicas em termos do sexo dos cuidadores

| MANOVA | Sexo do Cuidador | | | |
|--|---------------------|--------------------|--------|--------------|
| | Masculino N = 29 | Feminino N = 85 | F | p |
| | Média (DP) | Média (DP) | | |
| BDI - Total | 9,24 (4,66) | 14,44 (7,28) | 12,919 | ,000* |
| BSI - IGS | 1,04 (,51) | 1,35 (,51) | 8,508 | ,004* |
| Número total de sintomas de PTSD | 3,07 (2,94) | 5,48 (4,75) | 6,588 | ,012* |
| IESSS – Total | 63,03 (15,48) | 54,95 (16,32) | 5,439 | ,021* |
| Reactividade Cardíaca – imagens neutras | 7,25 (20,44) | ,54 (4,14) | 8,324 | ,005* |
| Reactividade Electrodermica – imagens positivas | ,53 (,96) | -,00 (1,03) | 5,941 | ,016* |
| Reactividade Electrodermica – imagens negativas | ,53 (,96) | -,03 (1,07) | 6,150 | ,015* |
| Reactividade Electrodermica – imagens neutras | ,53 (,95) | -,01 (1,03) | 6,143 | ,015* |

*p<.05

Assim, as cuidadoras apresentam maiores níveis de Depressão, *Distress* Psicológico, Sintomas de PTSD e menores níveis de Suporte Social, Reactividade Cardíaca e Electrodermica.

9.3.2. Idade do Cuidador

Alguns estudos têm identificado a idade do cuidador como estando associada a alterações na saúde mental e física dos cuidadores (Chubinski, 2008; Klassen, Lee, Lisonkova, & Raina, 2004). De facto, diversos autores têm apontado a idade do cuidador como estando correlacionado e como preditor da Depressão (Magaña, et al., 2007; Whitlatch, et al., 2001) e da Sobrecarga (Gonyea, et al., 2005; Majerovitz, 2007; McCullagh, et al., 2005; Schoeder & Remer, 2007; Tornatore & Grant, 2002). Sendo que os resultados parecem apontar para maiores níveis de *distress* emocional em cuidadores mais novos e maiores consequências físicas nos cuidadores mais velhos. Dai que poderá ser interessante verificar se a prestação de cuidados se relaciona com a idade na amostra de cuidadores de Dependentes de Substâncias.

Para testar a hipótese realizou-se a verificação dos pressupostos da estatística paramétrica, tendo-se testado a normalidade e a homogeneidade da variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que os constructos medidos do BDI,

BSI-IGS, CRA, IESSS, WHOQOL e F-COPES têm uma distribuição normal na amostra estudada. As variáveis psicofisiológicas corresponderam igualmente a uma distribuição normal. A normalidade das variáveis sob o estudo e a homogeneidade de variâncias verifica-se, tendo-se utilizado a correlação de Pearson.

A morbilidade psicológica foi avaliada através do instrumento BDI e do BSI – IGS, a sobrecarga foi avaliada através da escala total do CRA, o suporte social foi avaliado através da escala total do IESSS, a qualidade de vida foi avaliada através das subescalas Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente do WHOQOL, o *coping* familiar foi avaliado através da escala total do F-COPES. As variáveis psicofisiológicas foram avaliadas laboratorialmente (no caso do cortisol) e recolhidas pelos equipamentos descritos na secção 8.5.2 (no caso dos batimentos cardíacos e condutância da pele). A avaliação dos níveis de cortisol salivar baseou-se nos valores calculados individuais de CAR, AUCg e AUCi.

Os resultados indicam que foram encontradas correlações significativas entre os cuidadores em relação à idade (cf. Tabela 103).

Tabela 103. Correlações significativas entre a Idade do Cuidador e as variáveis psicológicas e fisiológicas (resumida)

| Correlação de Pearson | Idade | |
|--|----------|---------------|
| | <i>r</i> | <i>p</i> |
| BSI-IGS | -,329 | ,000** |
| Reactividade Cardíaca – Imagens Positivas | ,240 | ,01* |
| Reactividade Cardíaca – Imagens Negativas | ,321 | ,000** |
| Reactividade Cardíaca – Imagens Neutras | ,226 | ,016* |
| Baseline Eletrodérmica | -,287 | ,002** |
| Reactividade Electrodérmica – Imagens Positivas | ,236 | ,011* |
| Reactividade Electrodérmica – Imagens Negativas | ,256 | ,006** |
| Reactividade Electrodérmica – Imagens Neutras | ,246 | ,008** |

**p<.01; *p<.05

Assim, a Idade está inversamente correlacionada com o *Distress* Psicológico ($r = -,329$; $p < .01$) e *Baseline* Electrodérmica ($r = -,287$; $p < .01$) e positivamente correlacionada com as medidas de Reactividade Cardíaca (Imagens positivas - $r = ,240$; $p < .05$; Imagens negativas - $r = ,321$; $p < .01$; Imagens neutras - $r = ,226$; $p < .05$) e Electrodérmica (Imagens positivas - $r = ,236$; $p < .01$; Imagens

negativas – $r = ,256$; $p < .01$; Imagens neutras – $r = ,246$; $p < .01$). O que significa que os cuidadores mais novos apresentam menor *Distress* e actividade electrodérmica em repouso e maior activação cardíaca e electrodérmica.

9.3.3. Estado Civil do Cuidador

O papel de cuidador entra frequentemente em competição com outras funções familiares. Por vezes, os familiares exibem menor satisfação marital, intimidade e suporte social (Baikie, 2002). Para além disso, diversos autores encontraram relações entre o estado civil, a Sobrecarga (Chadiha, Rafferty, & Pickard, 2003; Gordon & Perrone, 2004) e o *distress* emocional (Martinez, 2007). A literatura também tem demonstrado que a Dependência de Substâncias é uma situação vivida com grande tensão dentro da família, sendo frequentes as separações e divórcios, logo diminuindo a capacidade para se lidar com a patologia (Feros, 2003; Fleming, 2001; Martins, 2002; Matos, 2005; Mazuca & Sardinha, 2000; Orth, 2005; Rezende, 1997).

Sendo a função de cuidador inerente às relações familiares, torna-se relevante verificar se o estado civil do familiar se relaciona com as variáveis psicológicas e fisiológicas.

Para testar a hipótese realizou-se a verificação dos pressupostos da estatística paramétrica, tendo-se testado a normalidade e a homogeneidade da variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que os constructos medidos do BDI, BSI-IGS, CRA, IESSS, WHOQOL e F-COPES não têm uma distribuição normal na amostra estudada. As variáveis psicofisiológicas não corresponderam igualmente a uma distribuição normal. A normalidade das variáveis sob o estudo e a homogeneidade de variâncias não se verifica, tendo-se utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

A morbilidade psicológica foi avaliada através do instrumento BDI e do BSI – IGS, a sobrecarga foi avaliada através da escala total do CRA, o suporte social foi avaliado através da escala total do IESSS, a qualidade de vida foi avaliada através das subescalas Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente do WHOQOL, o *coping* familiar foi avaliado através da escala total do F-COPES. As variáveis psicofisiológicas foram avaliadas laboratorialmente (no caso do cortisol) e recolhidas pelos equipamentos descritos na secção 8.5.2 (no caso dos batimentos cardíacos e condutância da pele). A avaliação dos níveis de cortisol salivar centrou-se nos valores calculados de CAR, AUC_g e AUC_i.

Os resultados indicam que foram encontradas diferenças significativas entre os cuidadores em função do estado civil (cf. Tabela 104).

Tabela 104. Diferenças entre os cuidadores nas variáveis psicológicas e fisiológicas, em função do estado civil

| Kruskal-Wallis | Estado Civil | | | | $\chi^2 (3)$ | p |
|--|---------------------------------|-------------------|----------------|-----------------------------------|--------------|-------------|
| | Casado/União de facto N = 86 | Solteiro N = 6 | Viúvo N = 7 | Divorciado/ Separado N = 15 | | |
| | Mean Rank | Mean Rank | Mean Rank | Mean Rank | | |
| BSI - IGS | 61,77 | 74,17 | 33,93 | 37,37 | 12,100 | ,007 |
| F-COPES - Global | 56,84 | 93,08 | 47,64 | 51,63 | 8,094 | ,044 |
| Cortisol - CAR | 59,85 | 18,67 | 65,00 | 56,03 | 9,128 | ,028 |
| Reactividade Cardíaca – imagens negativas | 57,89 | 20,17 | 77,57 | 60,83 | 10,425 | ,015 |
| Baseline Electrodérmica | 63,47 | 63,50 | 33,79 | 31,97 | 15,588 | ,001 |

A análise aos resultados revela que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do *Distress* Psicológico ($\chi^2(3) = 12,100$; $p < .01$), *Coping* Familiar ($\chi^2(3) = 8,094$; $p < .05$), Cortisol – CAR ($\chi^2(3) = 9,128$; $p < .05$), Reactividade Cardíaca – Imagens neutras ($\chi^2(3) = 10,425$; $p < .05$) e *Baseline* Electrodérmica ($\chi^2(3) = 15,588$; $p < .01$).

Uma vez que através dos resultados do teste Kruskal-Wallis se encontraram resultados estatisticamente significativos, procurou-se verificar a origem dessas diferenças. Para o efeito, e como teste de *post hoc* utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Tal como sugere Pallant (2007), procedeu-se à correcção de Bonferroni para ajustar o nível de significância (controlar o erro tipo I), pelo que se realizaram seis comparações (o valor de alpha de .05 foi dividido por 6, sendo o nível de significância de .008).

Assim, os resultados dos testes de Mann-Whitney revelaram diferenças entre cuidadores casados/união de facto e os solteiros em termos do Cortisol – CAR ($Z = -3,056$; $p < .008$) e da Reactividade Cardíaca – Imagens negativas ($Z = -2,881$; $p < .008$). Sendo que em ambas as situações os cuidadores solteiros apresentam os valores mais baixos.

O teste de Mann-Whitney também revelou diferenças entre os cuidadores casados/união de facto e os divorciados/separados em termos da *Baseline* Electrodérmica ($Z = -3,347$; $p < .008$),

sendo que os cuidadores casados apresentam os valores mais baixos, bem como as diferenças entre os cuidadores solteiros e viúvos e solteiros e divorciados/separados em termos do *Coping* Familiar ($Z = -2,528$; $p < .008$; $Z = -2,539$; $p < .05$). Em ambas as situações os cuidadores solteiros apresentam os valores mais elevados.

Deste modo, os cuidadores solteiros apresentam os valores mais baixos de Cortisol ao acordar, de reactividade cardíaca e os valores mais elevados de *Coping* Familiar e *Distress* Psicológico. Os cuidadores divorciados/separados apresentam os valores mais baixos de actividade electrodérmica em repouso.

9.3.4. Encargo com Outro Significativo

De acordo com Gatz e colaboradores (1990), uma parte significativa da sobrecarga e *distress* psicológico associado à tarefa de cuidar provém do acumular de funções por parte destes indivíduos. Assim, é frequente o cuidador informal para além de tratar do paciente também possuir tarefas concorrentes tal como ter emprego, realizar a lida da casa e cuidar de filhos menores (Birren & Schaie, 1990). Neste sentido, é interessante verificar se o facto de os cuidadores de Dependentes de Substâncias terem encargos com outros elementos da família, os prejudica em termos de saúde mental e física. Daí que se coloca a questão se existem diferenças significativas entre os cuidadores que têm encargos com outros familiares (para além do Dependente) e os que não têm encargos com outros familiares, em termos das variáveis psicológicas (Depressão, *Distress* Psicológico, Sobrecarga, Suporte Social, Qualidade de Vida, *Coping* Familiar) e fisiológicas (cortisol, batimentos cardíacos, condutância da pele)?

Para testar a hipótese realizou-se a verificação dos pressupostos da estatística paramétrica, tendo-se testado a normalidade e a homogeneidade da variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que os constructos medidos do BDI, BSI-HGS, CRA, IESSS, WHOQOL e F-COPES têm uma distribuição normal na amostra estudada. As variáveis psicofisiológicas corresponderam igualmente a uma distribuição normal. A normalidade das variáveis sob o estudo e a homogeneidade de variâncias verifica-se, tendo-se utilizado o teste MANOVA.

A morbidade psicológica foi avaliada através do instrumento BDI e do BSI – IGS, a sobrecarga foi avaliada através da escala total do CRA, o suporte social foi avaliado através da escala total do IESSS, a qualidade de vida foi avaliada através das subescalas Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente do WHOQOL, o *coping* familiar foi avaliado através da escala total do F-COPES. As variáveis psicofisiológicas foram avaliadas laboratorialmente (no caso do cortisol) e recolhidas pelos equipamentos descritos na secção 8.5.2 (no caso dos batimentos cardíacos e condutância da pele). A avaliação dos níveis de cortisol salivar centrou-se nos valores calculados de CAR, AUCg e AUCi.

Os resultados indicam que foram encontradas diferenças significativas entre os cuidadores com e sem encargos com outros significativos (cf. Tabela 105).

Tabela 105. Resultados do teste MANOVA para as variáveis psicológicas e fisiológicas em termos do encargo dos cuidadores com outros significativos

| MANOVA | Encargo com outro significativo | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------|--------------|
| | Com Encargo N = 43 | Sem Encargo N = 71 | F | p |
| | Média (DP) | Média (DP) | | |
| Número de sintomas de PTSD | 7,26 (3,64) | 3,42 (4,34) | 23,525 | ,000* |
| WHOQOL – Psicológico | 63,28 (12,90) | 56,81 (15,14) | 5,446 | ,021* |
| Baseline Electrodérmica | 2,47 (1,37) | 3,92 (3,08) | 8,377 | ,005* |

*p<.05

A análise dos resultados indica que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do Número de sintomas de PTSD ($F = 23,525$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Qualidade de Vida (Psicológico) ($F = 5,446$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$) e Baseline Electrodérmica ($F = 8,377$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$).

Assim, os cuidadores de Dependentes de Substâncias que têm um encargo com outro familiar significativo apresentam maior número de sintomas de PTSD, maior qualidade de vida (psicológico) e menores valores de actividade electrodérmica em repouso.

9.3.5. Coabitação com o Dependente de Substâncias

Em diversos estudos, o facto de cuidadores residirem com os pacientes parece ampliar o seu *distress* psicológico. Assim, estes cuidadores apresentam níveis significativamente superiores de morbilidade psicológica e sobrecarga, para além de um maior défice na vida social e alterações na organização diária do que os cuidadores de pacientes institucionalizados (Miyamoto, et al., 2002; Mourik, et al., 2004; Rivière, et al., 2002; Thommessen, et al., 2001). Apesar da comparação entre cuidadores de diferentes patologias ser difícil, os cuidadores de Dependentes de Substâncias também se vêem confrontados frequentemente com problemas de agressividade e de falta de autonomia à semelhança dos cuidadores de pacientes com Demência ou Esquizofrenia.

Nesse sentido, torna-se interessante verificar se os cuidadores que coabitam com o Dependente diferem significativamente dos que não coabitam, em termos das variáveis psicológicas (Depressão, *Distress* Psicológico, Sobrecarga, Suporte Social, Qualidade de Vida, *Coping* Familiar) e fisiológicas (cortisol, batimentos cardíacos, condutância da pele).

Para testar a hipótese realizou-se a verificação dos pressupostos da estatística paramétrica, tendo-se testado a normalidade e a homogeneidade da variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que os constructos medidos do BDI, BSI-IGS, CRA, IESSS, WHOQOL e F-COPES têm uma distribuição normal na amostra estudada. As variáveis psicofisiológicas corresponderam igualmente a uma distribuição normal. A normalidade das variáveis sob o estudo e a homogeneidade de variâncias verifica-se, tendo-se utilizado o teste MANOVA.

A análise dos resultados indica que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível dos *Distress* Psicológico ($F = 7,857$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), da Sobrecarga ($F = 8,009$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Suporte Social ($F = 15,443$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Qualidade de Vida – Relações Sociais ($F = 4,880$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), *Baseline* Cardíaca ($F = 13,550$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Reactividade Electrodérmica – Imagens positivas – ($F = 3,962$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Reactividade Electrodérmica – Imagens negativas ($F = 4,317$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$) e Reactividade Electrodérmica – Imagens neutras ($F = 3,938$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$) (cf. Tabela 106).

Tabela 106. Resultados do teste MANOVA para as variáveis psicológicas e fisiológicas em termos da coabitação do cuidador com o Dependente de Substâncias

| MANOVA | Coabitação do cuidador com o Dependente | | | |
|---|---|-----------------------|--------|--------------|
| | Coabita N = 78 | Não coabita N = 36 | F | p |
| | Média (DP) | Média (DP) | | |
| BSI – IGS | 1,36 (,48) | 1,08 (,57) | 7,857 | ,006* |
| Sobrecarga | 50,10 (16,54) | 41,28 (12,82) | 8,009 | ,006* |
| IESSS – Total | 53,14 (14,93) | 65,39 (16,60) | 15,443 | ,000* |
| WHOQOL – Relações Sociais | 56,20 (18,14) | 63,66 (13,24) | 4,880 | ,029* |
| Baseline Cardíaca | 73,35 (9,94) | 66,23 (8,82) | 13,550 | ,000* |
| Reatividade Electrodermica – Imagens Positivas | ,00 (,92) | ,41 (1,24) | 3,962 | ,049* |
| Reatividade Electrodermica – Imagens Negativas | -,03 (,96) | ,41 (1,24) | 4,317 | ,040* |
| Reatividade Electrodermica – Imagens Neutras | -,00 (,90) | ,41 (1,25) | 3,938 | ,050* |

*p<.05

Assim, os cuidadores de Dependentes de Substâncias que coabitam com o dependente apresentam maiores valores de *distress* psicológico, sobrecarga e actividade cardíaca em repouso e menores valores de suporte social, qualidade de vida (relações sociais) e actividade electrodermica.

9.3.6. Duração da Patologia

Alguns estudos têm identificado a duração da patologia como uma variável influente na avaliação do impacto da prestação de cuidados nos cuidadores (por ex: Awadalla, Ohaeri, Al-Awadi, et al., 2006; Kashiwa, et al., 2005; Minden, Frankel, Hadden, Srinath, & Perloff, 2004; Sabella, 2008a; Tzeng, et al., 2004). Daí que, sabendo-se dos efeitos progressivamente nocivos associados aos consumos de substâncias, seria interessante verificar se o tempo de duração da patologia está associado a um impacto significativamente negativo nos cuidadores de Dependentes de Substâncias. Isto é, a duração da patologia não significa por si só um agravamento da sintomatologia adicta ou dos comportamentos disruptivos, no entanto pode traduzir-se num sentimento de “tarefa inacabada”, impotência ou incontabilidade nos cuidadores. Por outro lado, uma duração da patologia superior também pode conduzir a um desenvolvimento das competências

de *coping* por parte dos cuidadores, levando a um maior controlo da saúde mental e física e da própria adicção do familiar.

Daí que se pretende verificar se o tempo de duração da patologia está relacionado com as variáveis psicológicas (Depressão, *Distress* Psicológico, Sobrecarga, Suporte Social, Qualidade de Vida, *Coping* Familiar) e fisiológicas (cortisol, batimentos cardíacos, condutância da pele), nos cuidadores de Dependentes de Substâncias.

Para testar a hipótese realizou-se a verificação dos pressupostos da estatística paramétrica, tendo-se testado a normalidade e a homogeneidade da variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que os constructos medidos do BDI, BSI-IGS, CRA, IESSS, WHOQOL e F-COPES têm uma distribuição normal na amostra estudada. As variáveis psicofisiológicas corresponderam igualmente a uma distribuição normal. A variável “duração da patologia”, não apresentava uma distribuição normal, daí que tenham sido calculados os logaritmos (base 4) dos resultados. Deste modo, transformou-se a variável intervalar em ordinal, constituindo-se três grupos (duração ≤ 4 anos, duração entre 5 e 16 anos, duração ≥ 17 anos). Esta decisão tem por objectivo potenciar o tratamento estatístico ao possibilitar a realização de testes paramétricos com *post hoc*, para se determinarem diferenças entre os grupos (Bastos & Duquia, 2007). Após logaritmização dos resultados, testou-se novamente a normalidade, tendo-se verificado o ajustamento à curva normal.

A normalidade das variáveis sob o estudo e a homogeneidade de variâncias verifica-se, tendo-se utilizado o teste MANOVA.

A análise dos resultados mostra de existem diferenças estatisticamente significativas em termos do *Distress* Psicológico ($F = 4,318$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Sobrecarga ($F = 3,728$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Suporte Social ($F = 5,827$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Cortisol – CAR ($F = 5,047$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), Cortisol – AUCi ($F = 3,436$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$), *Baseline* Cardíaca ($F = 3,883$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$) e Reactividade Cardíaca – Imagens Neutras ($F = 3,513$; $GL1 = 1$; $GL2 = 112$; $p < .05$) (cf. Tabela 107).

Tabela 107. Resultados do teste MANOVA para as variáveis psicológicas e fisiológicas do cuidador em função do tempo da duração da patologia do Dependente de Substâncias

| MANOVA | Duração da patologia | | | F | p |
|---|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------|--------------|
| | Menos de 4 anos N = 25 | Entre 5 e 16 anos N = 62 | Mais de 17 anos N = 26 | | |
| | Média (DP) | Média (DP) | Média (DP) | | |
| BSI – IGS | 1,11 (,63) | 1,40 (,46) | 1,12 (,51) | 4,318 | ,016* |
| Sobrecarga | 44,80 (12,23) | 50,24 (18,88) | 40,89 (8,92) | 3,728 | ,027* |
| IESSS – Total | 66,56 (18,53) | 54,26 (11,63) | 55,92 (19,62) | 5,827 | ,004* |
| Cortisol (CAR) | 7,08 (5,42) | 8,64 (5,74) | 12,94 (10,32) | 5,047 | ,008* |
| Cortisol (AUCi) | 5,79 (8,66) | 7,72 (6,31) | 11,90 (12,65) | 3,436 | ,036* |
| Baseline Cardíaca | 70,12 (9,08) | 69,60 (7,93) | 75,89 (14,08) | 3,883 | ,023* |
| Reatividade Cardíaca – Imagens neutras | -,00 (6,71) | 1,21 (2,00) | 7,24 (21,78) | 3,513 | ,033* |

*p<.05

Em relação à Sobrecarga, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores que lidavam com a patologia “entre 5 e 16 anos” e aqueles que lidavam há “mais de 17 anos”. Sendo que os que lidavam com a patologia “entre 5 e 16 anos” apresentavam valores médios superiores de sobrecarga aos que lidavam há “mais de 17 anos”.

Em relação ao Suporte Social, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores que lidavam com a patologia há “menos de 4 anos” e aqueles que lidavam “entre 5 e 16 anos”. Sendo que os que lidavam com a patologia há “menos de 4 anos” apresentavam valores médios superiores de suporte social aos que lidavam “entre 5 e 16 anos”.

Em relação ao Cortisol – CAR, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores que lidavam com a patologia há “mais de 17 anos” e os restantes cuidadores. Sendo que aqueles que lidavam há “mais de 17 anos” apresentavam valores médios superiores de cortisol (CAR) aos restantes.

Em relação ao Cortisol – AUCi, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores que lidavam com a patologia há “menos de 4 anos” e aqueles que lidavam há “mais de 17 anos”. Sendo que os que lidavam com a patologia há “menos de 4 anos” apresentavam valores médios inferiores de cortisol (AUCi) aos que lidavam há “mais de 17 anos”.

Em relação à *Baseline Cardíaca*, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores que lidavam com a patologia “entre 5 e 16 anos” e aqueles que lidavam há

“mais de 17 anos”. Sendo que os que lidavam com a patologia há “mais de 17 anos” apresentavam valores médios mais elevados de batimentos cardíacos.

Em relação aos Batimentos cardíacos – imagens neutras, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores que lidavam com a patologia “mais de 17 anos” e os restantes. Sendo que os que lidavam com a patologia há “mais de 17 anos” apresentavam valores médios mais elevados de batimentos cardíacos.

Assim, a análise dos resultados permite-nos verificar que a duração da patologia está relacionada com os valores de *distress* psicológico, sobrecarga, suporte social, níveis de cortisol e actividade cardíaca.

9.3.7. Tempo de Recuperação (Abstinência do Uso de Substâncias)

Os períodos de remissão das condições médicas estão habitualmente associados a valores mais baixos de morbilidade psicológica em cuidadores (Huang, et al., 2003). Contudo, no que diz respeito à dependência de substâncias, poderemos encontrar situações bastante diferentes. Assim, os familiares de adictos tendem a apresentar comportamentos extremos face ao processo de abstinência/recaída, ora idealizando e super-protegendo o adicto em abstinência ora marginalizando-o nas recaídas (Mazuca & Sardinha, 2000). De acordo com o modelo da família doente (McCrady & Epstein, 1996), ao período de abstinência também poderão estar associadas tensões resultantes da reestruturação dos papéis familiares, daí que se colocam novos desafios perante os cuidadores, incluindo os receios associados ao processo de abstinência/recaída do consumo das substâncias propriamente ditos.

Logo, torna-se interessante verificar a influência do tempo de abstinência do adicto nas variáveis psicológicas (Depressão, *Distress* Psicológico, Sobrecarga, Suporte Social, Qualidade de Vida, *Coping* Familiar) e fisiológicas (cortisol, batimentos cardíacos, condutância da pele), nos cuidadores de Dependentes de Substâncias.

Para testar a hipótese realizou-se a verificação dos pressupostos da estatística paramétrica, tendo-se testado a normalidade e a homogeneidade da variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que os constructos medidos do BDI, BSI-IGS, CRA, IESSS, WHOQOL e F-COPES têm uma distribuição normal na amostra estudada. As

variáveis psicofisiológicas corresponderam igualmente a uma distribuição normal. A variável “tempo de abstinência” foi sujeita aos testes de normalidade e de homogeneidade da variância, tendo-se verificado a sua normalidade, daí que se tenha escolhido o teste MANOVA com *Post Hoc Scheffé*.

Tabela 108. Resultados do teste MANOVA para as variáveis psicológicas e fisiológicas do cuidador em função do tempo de abstinência do Dependente de Substâncias

| MANOVA | Tempo de Abstinência | | | F | p |
|--|----------------------|---------------------------|--------------------------|--------|--------------|
| | Não está N = 42 | Menos de 5 anos N = 37 | Mais de 5 anos N = 35 | | |
| | Média (DP) | Média (DP) | Média (DP) | | |
| BDI - Total | 17,71 (6,14) | 11,81 (7,55) | 8,97 (3,80) | 21,058 | ,000* |
| BSI – IGS | 1,52 (,54) | 1,19 (,51) | 1,06 (,40) | 9,038 | ,000* |
| Sobrecarga | 51,67 (18,75) | 38,98 (13,26) | 49,51 (11,85) | 8,143 | ,000* |
| IESSS – Total | 52,26 (15,16) | 61,70 (17,24) | 57,74 (15,89) | 3,442 | ,035* |
| WHOQOL - Físico | 61,31 (14,73) | 70,66 (16,39) | 71,43 (9,37) | 6,483 | ,002* |
| WHOQOL – Psicológico | 53,27 (13,32) | 61,71 (15,86) | 63,81 (12,57) | 6,269 | ,003* |
| WHOQOL – Relações Sociais | 50,60 (13,32) | 61,94 (18,99) | 64,52 (15,57) | 8,431 | ,000* |
| F-COPES - Global | 85,71 (11,01) | 95,19 (14,64) | 97,03 (16,39) | 7,410 | ,001* |
| Cortisol (CAR) | 6,34 (3,63) | 9,55 (7,34) | 12,41 (8,92) | 7,588 | ,001* |
| Cortisol (AUCg) | 24,02 (9,89) | 32,87 (14,67) | 37,53 (9,27) | 13,880 | ,000* |
| Cortisol (AUCi) | 4,66 (5,09) | 8,69 (8,67) | 11,98 (10,79) | 7,428 | ,001* |
| Reactividade Cardíaca – Imagens positivas | -,53 (4,93) | ,43 (3,13) | 2,30 (1,64) | 6,022 | ,003* |
| Reactividade Cardíaca – Imagens negativas | -,44 (5,03) | ,28 (3,66) | 2,49 (1,47) | 6,032 | ,003* |
| Baseline Electrodermica | 4,41 (2,98) | 3,23 (2,37) | 2,28 (2,07) | 6,887 | ,002* |

*p<.05

A análise dos resultados mostra que existem diferenças estatisticamente significativas em termos da Depressão (F = 21,058; GL1 = 1; GL2 =112; p<.05), *Distress* Psicológico (F = 9,038; GL1 = 1; GL2 =112; p<.05), Sobrecarga (F = 8,143; GL1 = 1; GL2 =112; p<.05), Suporte Social (F = 3,442; GL1 = 1; GL2 =112; p<.05), Qualidade de Vida – Físico (F = 6,483; GL1 = 1; GL2 =112; p<.05), Qualidade de Vida – Psicológico (F = 6,269; GL1 = 1; GL2 =112; p<.05), Qualidade de Vida – Relações Sociais (F = 8,431; GL1 = 1; GL2 =112; p<.05), *Coping* Familiar (F = 7,410; GL1 = 1; GL2 =112; p<.05), Cortisol – CAR (F = 7,588; GL1 = 1; GL2 =112; p<.05), Cortisol – AUCg (F =

13,880; GL1 = 1; GL2 = 112; $p < .05$), Cortisol – AUCi ($F = 7,428$; GL1 = 1; GL2 = 112; $p < .05$), Reactividade Cardíaca – Imagens positivas ($F = 6,022$; GL1 = 1; GL2 = 112; $p < .05$), Reactividade Cardíaca – Imagens negativas ($F = 6,030$; GL1 = 1; GL2 = 112; $p < .05$) e *Baseline* Electrodermica ($F = 6,887$; GL1 = 1; GL2 = 112; $p < .05$) (cf. Tabela 108).

Em relação à Depressão, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo Dependente estava em abstinência “há menos de 5 anos” e “há mais de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de depressão superiores aos que lidavam com Dependentes em abstinência.

Em relação ao *Distress* Psicológico, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo familiar estava em abstinência “há menos de 5 anos” e “há mais de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de *distress* psicológico superiores aos que lidavam com Dependentes em abstinência.

Em relação à Sobrecarga, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo Dependente estava em abstinência “há menos de 5 anos” e entre os cuidadores cujo familiar estava em abstinência “há menos de 5 anos” e aqueles cuidadores cujo familiar estava em abstinência “há mais de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um familiar que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de sobrecarga superiores aos que lidavam com familiares em abstinência. Os cuidadores que lidavam com um Dependente que estava em abstinência “há menos de 5 anos” apresentavam os valores médios de sobrecarga mais baixos.

Em relação ao Suporte Social, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo familiar estava em abstinência “há menos de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de suporte social inferiores aos que lidavam com Dependentes em abstinência “há menos de 5 anos”.

Em relação à Qualidade de Vida (física), a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo Dependente estava em abstinência “há menos de 5 anos” e aqueles cuidadores

cujo Dependente estava em abstinência “há mais de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de qualidade de vida (física) inferiores aos que lidavam com Dependentes em abstinência.

Em relação à Qualidade de Vida (psicológica), a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo Dependente estava em abstinência “há menos de 5 anos” e aqueles cuidadores cujo Dependente estava em abstinência “há mais de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de qualidade de vida (psicológica) inferiores aos que lidavam com Dependentes em abstinência.

Em relação à Qualidade de Vida (relações sociais), a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo Dependente estava em abstinência “há menos de 5 anos” e aqueles cuidadores cujo Dependente estava em abstinência “há mais de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de qualidade de vida (relações sociais) inferiores aos que lidavam com Dependentes em abstinência.

Em relação ao *Coping* Familiar, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo Dependente estava em abstinência “há menos de 5 anos” e aqueles cuidadores cujo Dependente estava em abstinência “há mais de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de *coping* familiar inferiores aos que lidavam com Dependentes em abstinência.

Em relação ao Cortisol – CRA, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo Dependente estava em abstinência “há mais de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de cortisol (CAR) inferiores aos que lidavam com Dependentes em abstinência “há mais de 5 anos”.

Em relação ao Cortisol – AUCg, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e os restantes grupos. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de cortisol (AUCg) inferiores aos que lidavam com Dependentes em abstinência.

Em relação ao Cortisol – AUCi, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo

Dependente estava em abstinência “há mais de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de cortisol (AUCi) inferiores aos que lidavam com Dependentes em abstinência “há mais de 5 anos”.

Em relação à Reactividade Cardíaca – Imagens Positivas, Reactividade Cardíaca – Imagens Negativas e *Baseline* Electrodérmica, a análise *Post Hoc Scheffé* revelou diferenças significativas entre os cuidadores cujo Dependente “não estava em abstinência” e aqueles cuidadores cujo familiar estava em Dependente “há mais de 5 anos”. Sendo que os que lidavam com um Dependente que “não estava em abstinência” apresentavam valores médios de batimentos cardíacos mais baixos e os de condutância da pele mais elevados.

Assim, a análise dos resultados permite-nos verificar que o tempo de abstinência do Dependente de Substâncias está relacionado com os valores de depressão, *distress* psicológico, sobrecarga, suporte social, qualidade de vida, *coping* familiar, níveis de cortisol, reactividade cardíaca e condutância da pele em repouso.

Capítulo X – Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados está organizada em termos da análise das variáveis relacionadas com os participantes e do resultado do teste das hipóteses. Por fim, serão apresentadas as principais limitações do estudo.

10.1. Amostra

Nesta secção pretende-se analisar as características da amostra e a sua relação com alguma das variáveis estudadas, confrontando-as com a literatura.

Os participantes foram contactados em diversos contextos de forma a se ter acesso a um conjunto distinto de informação sobre uma população até agora pouco estudada. Isso levou a que, em termos da população cuidadora, os cuidadores que participavam em grupos de auto-ajuda e/ou que estivessem a ser acompanhados de alguma forma por profissionais especializados em Dependências estivessem mais motivados em cooperar no estudo. No entanto, isso não exclui de forma alguma o interesse e a determinação dos restantes sujeitos em realizarem os dois momentos do procedimento experimental.

A análise às características da amostra revela que os cuidadores de Dependentes de Substâncias partilham determinadas características com os cuidadores de outras doenças crónicas. Assim, são maioritariamente constituídos por mulheres que cuidam dos filhos ou cônjuges, com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos, casadas e com formação ao nível do ensino secundário (Gatz, et al., 1990).

Os dados relativos à saúde dos cuidadores não deixa de ser preocupante. Assim, a morbilidade apresentada e a medicação tomada estão geralmente associadas a estados de *stress* agudos e prolongados. Tendo em consideração os estudos de prevalência de doenças crónicas em Portugal (Branco, Nogueira, & Contreiras, 2005; Saúde, 2006) as doenças da síndrome metabólica correspondem a valores distribuídos entre 5% (Diabetes), 15% (Obesidade) e 18% (Hipertensão Arterial), sendo a prevalência da Depressão estimada em 20%. A amostra dos cuidadores apresenta uma prevalência de patologias crónicas superiores à da população geral, isto é, 29,5% com Depressão e uma outra dentro da síndrome metabólica. A toma de medicação também é elevada, sendo que mais de metade dos cuidadores (68 em 120) utilizam antidepressivos regularmente mais um medicamento para tratamento da doença da síndrome metabólica ou uma benzodiazepina.

Adicionalmente, algumas cuidadoras também faziam terapia de substituição hormonal ou tomavam anticoncepcionais. Em relação ao consumo tabágico, os cuidadores apresentam um consumo nulo ou baixo (112 em 120), daí estas consequências se poderem atribuir a comportamentos de doença tais como baixo índice de actividade física, comportamento alimentar desadequado e ao *stress* (Cohen et al., 1997).

Uma percentagem significativa de cuidadores apresentava encargos com outro (familiar) significativo (28,2%). Este dado é interessante pois diversos estudos (Covinsky, et al., 2001; Gross, Brammli-Greenberg, & Bentur, 2003; Van Exel, Koopmanschap, Brouwer, Van Den Berg, & Van Den Bos, 2005) apresentam esta condição como uma tarefa adicional para os cuidadores, constituindo-se como mais um factor de sobrecarga. Este aspecto será posteriormente abordado em pormenor na discussão das análises exploratórias.

Em relação aos dados demográficos do Dependente de Substâncias, tendo por base o mais recente Relatório Anual do IDT (IDT, 2007), verificamos não existirem grandes diferenças com as informações disponíveis. Na realidade, os Dependentes são maioritariamente do sexo masculino, solteiros, com idades médias compreendidas entre os 30 e os 37 anos, habilitações literárias ao nível do 9º ano/3º ciclo/curso profissional, com uma ocupação profissional e a coabitar com a família de origem.

Um dado interessante diz respeito ao aspecto financeiro da relação entre cuidador e Dependente, pois a maioria dos pacientes continua a depender do cuidador mesmo após estar em situação de abstinência do uso de drogas/álcool. Trata-se de um factor que diversos autores (Perlick, Rosenheck, et al., 2007; Razani, et al., 2007; Thompson, 2007) identificaram como sendo de risco para o desenvolvimento/agravamento da sobrecarga nos cuidadores. Na análise estatística descritiva da subescala *Impacto na Saúde do Cuidador* do CRA (cf. 9.1.3 - Tabelas 49, 50; Figura 17) verificou-se que o G1 (cuidadores de Dependentes não – abstinentes) apresentava os valores médios mais elevados, sendo significativamente diferente do G2 (cuidadores de Dependentes abstinentes há menos de 5 anos). No entanto, estes dados são mais complexos de analisar do que se poderia supor, pois o G3 (cuidadores de abstinentes há mais de 5 anos) apresenta valores médios aproximados aos do G1. Isto é, se a informação anterior nos poderia levar a concluir que o facto de os Dependentes estarem abstinentes atenuaria o impacto financeiro nos cuidadores, o tempo adicional de abstinência conduz a um agravamento da sobrecarga financeira, contradizendo essa hipótese. É possível que a redução do impacto financeiro nos primeiros 5 anos de abstinência se deva à implementação das medidas do Programa Vida-Emprego, dado tratar-se de um projecto

com grande divulgação nos programas de tratamento e reinserção de toxicodependentes – de acordo como o IEFP, em 2007 houve cerca de 1403 apoios à luz do Programa. No entanto, esta medida tem uma duração reduzida (9 meses), daí que também se possa dever a outros factores. O agravamento posterior observado na subescala poderá ser atribuído a factores ligados à saúde do cuidador e, paradoxalmente, à saída de casa do paciente. Uma vez que o cuidador (em metade das situações) continua a suportar os gastos do paciente.

No que diz respeito às variáveis clínicas, também encontramos semelhanças com os dados recolhidos pelo IDT (2007). Assim, os cuidadores identificam a idade e a(s) substâncias dos primeiros consumos do familiar como ocorrendo por volta dos 15 anos, sendo a substância *cannabis* ou haxixe. Um dado interessante diz respeito ao “aparecimento do problema”, isto é, a partir de que altura os familiares sinalizam os consumos como problemáticos. A esse respeito existe uma discrepância de aproximadamente 3 anos entre o início dos consumos (entendidos como “recreativos e passageiros”) e o consumo problemático. Esse fenómeno tem sido descrito pela literatura como “cegueira” (Reilly, 1984) e corresponde a um padrão disfuncional da família do toxicodependente de negação da realidade.

Em relação às substâncias de consumo mais recente encontra-se alguma discrepância entre os dados oficiais e os recolhidos. Assim, os cuidadores identificam várias substâncias como sendo de consumo problemático e não apenas uma. Apesar de oficialmente a heroína assumir um papel preponderante na procura de tratamento e nas consequências ao nível da saúde, os familiares sublinham a importância dos policonsumos, geralmente sob a forma da combinação de medicação prescrita (incluindo metadona), com substâncias socialmente aceites (álcool) e ilícitas (cocaína, *cannabis*/haxixe).

Um aspecto que tem sido negligenciado pelos estudos na área da toxicodependência diz respeito ao número de tratamentos que o Dependente realiza ao longo do processo de recuperação. Assim, os familiares recorrem principalmente à desintoxicação em casa, geralmente com o acompanhamento do médico de família ou outro profissional da área. Aliás, a medicação a ser utilizada e o modo de realização são de conhecimento geral dos indivíduos pertencentes ao meio, passando de pessoa em pessoa, dando origem à vulgarização do procedimento. Sendo que muitas das vezes, por diversos motivos, a iniciativa da desintoxicação parte do próprio paciente. Com base nestes, resultados é também evidente de que não existe um número óptimo de tratamentos para se alcançar uma abstinência sustentada (> 5 anos), uma vez que neste aspecto os grupos não diferem significativamente entre si.

À luz do regime penal (Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril e pela Portaria n.º 604/2001, de 12 de Junho), os consumidores de drogas não são (na grande maioria) detidos, sendo instituída uma contra-ordenação pela Comissão de Dissuasão da Toxicodependência (CDT). No entanto, o abuso de substâncias está intimamente associado a furtos, roubos, agressões e pequeno tráfico de drogas com vista à obtenção de valores para a compra de estupefacientes (OEDT, 2008). No entanto, tal facto não é evidente na amostra, onde a percentagem de detenções do familiar Dependente é muito baixa ao longo dos grupos, o que poderá dever-se às atenuantes habitualmente aplicadas nestas situações nos processos penais.

A elevada prevalência de indivíduos infectados com HIV, com Hepatite e Tuberculose em Portugal, principalmente entre os toxicodependentes (OEDT, 2008) tem reflexo na amostra, onde mais de metade dos pacientes apresentam consequências na saúde do abuso de substâncias. Para além destes problemas de saúde apontados pelos cuidadores, também foram identificados problemas do foro mental (ex: esquizofrenia, depressão) e físico (ex: cirrose, amputações de membros). As complicações de saúde dos pacientes estão associadas a maiores índices de morbilidade psicológica (Land & Hudson, 2002; Razani, et al., 2007), sobrecarga (Awad & Voruganti, 2008; Gauthier, Loft, & Cummings, 2008) e activação fisiológica (Grant, et al., 2003; Mausbach, et al., 2005) e a menor qualidade de vida (Alshubaili, et al., 2007; Tzeng, et al., 2004). Os resultados observados na amostra confirmam em larga medida a literatura, dado que os cuidadores cujos Dependentes apresentam mais problemas de saúde (G1), também apresentam os níveis mais elevados de morbilidade psicológica (cf. 9.1.1., 9.1.2.) e sobrecarga (cf. 9.1.3.) e menor qualidade de vida (cf. 9.1.5.). Em relação à activação fisiológica, o G1 apresentava os valores mais elevados de condutância da pele e os mais baixos de cortisol (CAR, AUCi, AUCg). Os resultados da condutância podem ser atribuídos à activação do sistema nervoso autónomo enquanto os do cortisol poderão estar associados à elevação da sintomatologia depressiva e traumática (Yehuda, 2000). No entanto, em relação ao cortisol, os resultados da literatura são controversos.

10.2. Medidas de Avaliação - Variáveis Psicológicas e Fisiológicas

Nesta secção serão analisadas as diferenças entre os grupos nas variáveis psicológicas e fisiológicas abordadas neste estudo.

10.2.1. Depressão

Os resultados mostram que os cuidadores de Dependentes de Substâncias não-abstinentes apresentam os valores médios mais elevados de todos os grupos, sendo os valores mínimos correspondentes à presença de depressão ligeira/média, bastante frequente estes cuidadores apresentarem depressão moderada e mesmo depressão severa.

O grupo controlo apresenta os valores médios mais baixos, correspondendo à ausência de depressão, apesar da ocorrência esporádica de valores de depressão ligeira/média.

Estes resultados correspondem à generalidade dos estudos realizados com cuidadores de outras doenças crónicas (Feldman, et al., 2007; Majerovitz, 2007; Soldato, et al., 2008; Taylor, et al., 2008; Tweedy & Guarnaccia, 2008). Assim, tendo por base os factores preditivos identificados nos cuidadores de outras patologias, os níveis de Depressão mais elevados deverão corresponder a problemas comportamentais, cognitivos e psicológicos mais severos nos pacientes (Matsumoto, et al., 2007; Steinberg & Lyketsos, 2008; Takahashi, Miyaoka, & Tanaka, 2005) e mais sentimentos de impotência, falta de controlo, sobrecarga, estigma e falta de suporte social nos cuidadores (Magaña, et al., 2007; Perlick, Miklowitz, et al., 2007; Pickett, 2007; Rivera, et al., 2007; Sink, et al., 2006; Wight, 2000).

10.2.2. *Distress* Psicológico

Os resultados mostram que nenhum grupo apresenta valores médios indicadores de psicopatologia. No entanto, os cuidadores de Dependentes de Substâncias não-abstinentes relatam os valores médios mais elevados, sendo inclusive superiores à média portuguesa, e o grupo controlo os valores mais baixos (dentro da média portuguesa).

Estes valores vão de encontro à literatura consultada e, à semelhança do que acontece com a Depressão, o conjunto das características do paciente e do cuidador com maior severidade predizem maiores níveis de *Distress* emocional (Bakas & Burgener, 2002; Franzén-Dahlin, Larson, Murray, Wredling, & Billing, 2007; Phipps, Dunavant, Lensing, & Rai, 2005; Saab, Chaaya, Doumit, & Farhood, 2003; Sherwood, et al., 2006)

10.2.3. Sobrecarga

Os níveis de Sobrecarga são superiores nos cuidadores de Dependentes de Substâncias não-abstinentes e menores nos cuidadores de Dependentes de Substâncias abstinentes há menos de 5 anos.

Os resultados são bastante consistentes ao longo das subescalas, sendo interessante o facto de os valores da subescala Auto-Estima também serem superiores nos cuidadores de Dependentes de Substâncias não-abstinentes. Assim, apesar de percepcionarem a tarefa de cuidar como uma responsabilidade sua e dos seus familiares, interferindo no bem-estar subjectivo, no planeamento das actividades diárias e nas relações familiares, influenciando negativamente a sua saúde física e mental e colocando em causa os recursos financeiros, estes cuidadores por sua vez, também têm um forte sentimento de retribuição e valorização pessoal.

Estes resultados estão de acordo com a literatura, apesar de ser difícil a comparação dos valores da subescala Auto-Estima com os estudos encontrados, uma vez que habitualmente a avaliação dos aspectos positivos da função de cuidador é realizada por instrumentos específicos (Andrén & Elmsthal, 2005; Boerner, et al., 2004; Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002; Hilgeman, Allen, DeCoster, & Burgio, 2007). É no entanto digno de nota que nos cuidadores de outras doenças, a auto-estima tende a estar inversamente relacionada com a morbilidade psicológica (Chappell & Colin Reid, 2002; Dowdell, 2004; Peak, 2005; Reid, Moss, & Hyman, 2005). Nos cuidadores de Dependentes de Substâncias eles mantêm-se elevados ao longo do tempo, especialmente naqueles cujo Dependente não está abstinente.

10.2.4. Trauma Psicológico

Os resultados não revelam diferenças estatisticamente significativas entre os cuidadores, sendo os diagnósticos e o número de sintomas de PTSD equitativamente distribuídos pelos grupos. Assim, o trauma psicológico nos cuidadores de Dependentes de Substâncias não parece estar relacionado com a situação presente do Dependente mas sim com situações passadas, comuns a todos os cuidadores.

10.2.5. Qualidade de Vida

Os resultados mostram valores superiores de QdV no grupo controlo, em todas as subescalas, seguido dos cuidadores de Dependentes de Substâncias abstinentes há mais de 5 anos. Os cuidadores de Dependentes de Substâncias não-abstinentes apresentam os valores mais baixos

em todas as subescalas, relatando mais queixas físicas, mais sentimentos negativos, menos competências cognitivas, menor auto-estima, uma imagem corporal deteriorada, relacionamentos menos robustos, menor suporte social, uma vida sexual alterada, uma sensação de menor segurança física e de protecção, menos recursos financeiros, menor participação/oportunidades de lazer, menos disponibilidade e qualidade de usufruir de cuidados de saúde e finalmente de menor apoio social.

Estes dados estão de acordo com a literatura. Na realidade os cuidadores de Dependentes não-abstinentes possuem menor suporte social, um funcionamento familiar desadequado às necessidades e níveis elevados de depressão, estando estes factores relacionados com os níveis mais baixos de QdV que apresentam (Adams, 2003; Alshubaili, et al., 2007; Awadalla, et al., 2006; Awadalla, et al., 2007; Scocco, Rapattoni, & Fantoni, 2006; Tzeng, et al., 2004).

10.2.6. Suporte Social

Os resultados mostram que o grupo controlo apresenta os valores mais elevados, enquanto os cuidadores de Dependentes não-abstinentes apresentam os valores mais baixos. Estes cuidadores têm a percepção de que possuem menores recursos financeiros, têm solicitações que lhes ocupam mais tempo e exigem maior esforço, sentem que os problemas familiares e quotidianos são frequentes, que os relacionamentos íntimos não são adequados e que têm com problemas de comunicação e dependência afectiva. Os estudos consultados revelam resultados semelhantes e identificam frequentemente o suporte social como uma medida central na mediação/moderação do impacto das tarefas de cuidar na saúde física e mental do cuidador (Chang, et al., 2001b; Ergh, et al., 2002; Nabors, Seacat, & Rosenthal, 2002; Sabella, 2008a; Spitznagel, et al., 2006).

10.2.7. *Coping* Familiar

Os resultados mostram que os cuidadores de Dependentes de Substâncias não-abstinentes apresentam os valores mais baixos na escala Total, sendo que os cuidadores de Dependentes de Substâncias em abstinência há mais de 5 anos apresentam os valores mais elevados nesta escala. Uma vez que se trata de uma medida de avaliação da adaptação da família a uma situação de crise, torna-se evidente que os cuidadores de Dependentes não-abstinentes possuem uma menor capacidade de *coping* com as dificuldades ou situações difíceis, tendo uma menor percepção dos recursos internos e do contexto social mais amplo. O facto de que os cuidadores de Dependentes

em abstinência há mais de 5 anos possuem uma capacidade de adaptação superior ao do grupo controlo pode ser interpretado como um indicador do desenvolvimento de uma resistência às dificuldades, devendo ser abordado em estudos posteriores, pois constitui-se como um factor protector da morbilidade psicológica.

Em termos das estratégias específicas (subescalas), verifica-se que os cuidadores de Dependentes em abstinência há mais de 5 anos procuram de forma activa obter suporte de amigos, vizinhos e família alargada, redefinem os acontecimentos *stressantes*, de modo a torná-los mais fáceis de lidar, numa visão mais optimista da situação e procuram obter suporte espiritual junto de pessoas ou instituições ou até mesmo no seu próprio sistema de crenças, possuem igualmente maior capacidade para aceitar e lidar com os *stressores*. Os cuidadores de Dependentes em abstinência há menos de 5 anos procuram recursos na comunidade e aceitam a ajuda de outros com maior frequência.

Os estudos demonstram a importância das estratégias de *coping* mais activas em detrimento de uma postura de aceitação do problema de uma forma passiva (Martin, et al., 2004; Minnes, et al., 2000; Minnes, et al., 1989; Navia & Ossa, 2003; Tway, et al., 2007; von Gontard, et al., 2002). Daí que exista uma aparente contradição entre os resultados referentes aos cuidadores de Dependentes em abstinência há mais de 5 anos e a literatura na subescala Avaliação Passiva. Possivelmente, estes cuidadores, ao longo do curso da patologia desenvolveram um sentido de mestria que lhes tenha permitido avaliar adequadamente a situação problemática ou *stressora* e os recursos necessários à sua resolução, aprendendo a dosear o investimento pessoal e sabendo quando intervir.

10.2.8. Cortisol Salivar

Os resultados mostram que cuidadores de Dependentes em abstinência há mais de 5 anos apresentam os valores mais elevados de cortisol matinal, de produção hormonal e de sensibilidade do sistema. É igualmente interessante verificar que os cuidadores de Dependentes não abstinentes apresentam os valores mais baixos de produção hormonal.

Em relação aos valores apresentados pelos cuidadores de Dependentes em abstinência há mais de 5 anos parece existir uma contradição com a literatura, pois valores muito altos ou muito baixos de cortisol circulante estão habitualmente associados a estados de *distress* emocional (Bremner, Vythilingam, Vermetten, et al., 2003; Kirschbaum & Hellhammer, 1989; Kudielka & Wüst, 2008; Polk, et al., 2005; Pruessner, et al., 1997; Vedhara, et al., 2002; Yehuda, 2002). Tal facto

poderá dever-se a uma desregulação do eixo HPA devido à exposição ao *stressor* crónico (prestação de cuidados ao Dependente de Substâncias), tal como se tem verificado em outras populações (Bauer, et al., 2000; Davis, et al., 2004; de Vugt, et al., 2005; Goodyer, 2006; Sorocco, Lovallo, Vincent, & Collins, 2006).

Em relação aos valores baixos de produção hormonal nos cuidadores de Dependentes não abstinentes, este facto pode ser explicado pela comorbilidade do PTSD e da Depressão. Isto é, ao contrário dos cuidadores de Dependentes abstinentes, estes cuidadores apresentam níveis elevados de Depressão o que associados à elevada prevalência de PTSD nesta amostra poderá explicar este resultado, de acordo com a hipótese assumida por alguns autores (Glover & Poland, 2002; Yehuda, 2002).

10.2.9. Batimentos Cardíacos

Os resultados mostram que os cuidadores de Dependentes não abstinentes apresentam os valores de reactividade cardíaca mais baixos, perante imagens de valência positiva e negativa. Estes resultados podem ser explicados de duas formas: devido a uma resposta fóbica ou devido à fórmula utilizada para calcular a reactividade. Assim, de acordo com Hugdahl (1998) enquanto as pessoas com fobia a cobras apresentavam um aumento do ritmo cardíaco e da pressão arterial, aquelas com fobia a sangue ou ferimentos reagiam com uma queda acentuada do ritmo cardíaco e da pressão arterial, chegando por vezes a desmaiar. Isto é, ocorria uma resposta inicial simpática de “fuga ou luta” seguida imediatamente por uma resposta parassimpática massiva do nervo vago. Deste modo, no presente estudo, os cuidadores perante os estímulos com maior intensidade e com valências positivas e negativas teriam esta resposta de reciprocidade. A segunda interpretação, que de certo modo corrobora a primeira, diz respeito à fórmula utilizada. Assim, o valor da reactividade cardíaca obtém-se pela subtracção da *baseline* anterior a cada um dos blocos, realizando-se depois a média dos dois valores dos blocos (Carson, et al., 2000; Orr, et al., 1998; Orr, Metzger, & Pitman, 2002; Orr, et al., 1993; Pitman, et al., 2001; Pitman, Orr, Fogue, & Altman, 1990; Pitman, et al., 1987; Shalev, et al., 1993; Wolfe, et al., 2000). Assim, os valores negativos médios indicam que ocorreu uma activação cardíaca durante a apresentação dos dois blocos, facto que não aconteceu em mais nenhum grupo. Daí que também se verifica que estes cuidadores não exibiram uma resposta do efeito de adaptação com a passagem sequencial dos estímulos, tendo inclusive aumentado os batimentos cardíacos, consolidando a hipótese da reacção “fóbica” aos estímulos visuais.

É igualmente digno de nota que os valores da reactividade cardíaca dos cuidadores de Dependentes de Substâncias abstinentes há mais de 5 anos são bastante próximos dos do grupo controlo, não existindo diferenças significativas entre eles.

10.2.10. Condutância da Pele

A análise dos resultados mostra que os cuidadores de Dependentes de Substâncias não abstinentes apresentam os valores de actividade tónica mais elevados e os cuidadores de Dependentes de Substâncias abstinentes há mais de 5 anos os valores mais baixos de actividade basal. Assim, ao contrário da fórmula utilizada para calcular a reactividade perante as imagens com valência afectiva, a *baseline* é calculada por média aritmética simples, daí que o valor observado corresponde a uma activação geral electrodérmica. De acordo com alguns autores, este facto reflecte um estado de vigília e atenção mantida ao meio circundante (Hugdahl, 1998).

Um dado relevante diz respeito aos valores observados nos cuidadores de Dependentes de Substâncias não abstinentes perante os estímulos. Assim, apesar das diferenças entre os grupos não serem estatisticamente significativas, estes cuidadores tiveram uma maior activação, uma vez que a sua activação fásica aumentou durante as apresentações dos blocos de imagens, indiciando uma ausência do efeito de adaptação, que poderá estar relacionada com uma certa desregulação emocional.

10.3. Teste de Hipóteses

Nesta secção serão analisadas e discutidos os resultados das hipóteses estudadas, comparando-as entre si e com a revisão da literatura que lhe serviu de referência.

10.3.1. **Hipótese 1:** Esperam-se diferenças entre cuidadores com e sem diagnóstico de PTSD ao nível da morbilidade psicológica (Depressão e *Distress*), Sobrecarga, Suporte Social, *Coping* Familiar e reactividade emocional (batimentos cardíacos, condutância da pele, níveis de cortisol salivar).

O diagnóstico de PTSD em cuidadores é um fenómeno ainda pouco estudado, apesar de que as investigações existentes apontem para um processo semelhante ao da traumatização secundária (STSD). O conceito de traumatização secundária contém implicitamente a noção de diagnóstico de PTSD na pessoa cuidada e, apesar de esses dados não estarem disponíveis, a

modificação da escala EARAT possibilitou a avaliação do Trauma nos cuidadores. Sendo que em *stricto sensu*, foi avaliado o PTSD do cuidador, sendo relevante para diagnóstico o facto de o cuidador ter tido uma experiência directa de ameaça à sua vida ou à dos seus filhos e parentes próximos e de a partir desse(s) acontecimento(s) ter desenvolvido medo, ter re-experimentado o acontecimento, evitado estímulos associados ao(s) acontecimento(s) e apresentar uma hiperreactividade neurovegetativa (APA, 2002).

De acordo com o processo descrito por Figley (cit. in Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003), e tendo em consideração o comportamento familiar perante a Dependência de Substâncias, poderemos enquadrar o PTSD do cuidador como sendo resultado de um Efeito Simultâneo ou de um Trauma Intra-Familiar. Isto é, as situações habitualmente descritas envolvem o diagnóstico de uma doença potencialmente fatal (HIV, cancro, ...), estado de saúde crítico (*overdose*, coma, ...), agressões e injúrias, enquanto outras dizem respeito a uma exposição social estigmatizante que envolve a identidade da própria família. Aliás o estudo de Albuquerque e colaboradores (2003) identifica a morte violenta de um familiar ou amigo e o ataque físico como algumas das principais causas de PTSD em Portugal, sendo ambas situações frequentes em quem convive com o Abuso e Dependência de Substâncias.

No entanto, o diagnóstico de PTSD em cuidadores de Dependentes de Substâncias carecia de validação e de uma compreensão mais aprofundada, daí que se tenha colocado a hipótese de se verificarem diferenças entre os cuidadores com e sem diagnóstico de PTSD, nas variáveis identificadas pela literatura (morbilidade psicológica, sobrecarga, suporte social, *coping* familiar e reactividade emocional).

Os resultados indicam que se verificaram diferenças na Sobrecarga, *Coping* Familiar e Reactividade Emocional, tendo os cuidadores com PTSD apresentado menor Sobrecarga, maior *Coping* Familiar e maiores níveis de Cortisol.

A interpretação destes dados pode ser realizada em duas vertentes: uma de cariz psicológico e outra de cariz fisiológico. Assim, os estudos são bastante unânimes ao relatarem níveis elevados de Sobrecarga em cuidadores com PTSD e de pacientes com PTSD associados a baixos índices no Suporte Social e *Coping* Familiar (Dekel & Solomon, 2007; Dekel, et al., 2005; Galovski & Lyons, 2004). A elevação da sobrecarga tem uma influência negativa no cuidador e no paciente, uma vez que está relacionado com a adesão ao tratamento do paciente (Sautter, et al., 2006), com o ajustamento psicológico do paciente (Calhoun, et al., 2002), o ajustamento marital (Dekel, et al.,

2005; Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003) e com a sintomatologia emocional negativa no cuidador (Arzi, et al., 2000; Beckham, et al., 1996; Dew, et al., 2004; Young, et al., 2003).

No entanto, nesta amostra, o diagnóstico de PTSD está relacionado com níveis mais baixos de Sobrecarga. Este resultado poderá ter a ver com o facto dos cuidadores de Dependentes de Substâncias conseguirem mobilizar mais recursos para lidar com as dificuldades ou situações difíceis, isto é, maior *coping*, possuindo uma maior percepção dos recursos internos e do contexto social mais amplo, apesar da sintomatologia traumática. Assim, poderão conseguir mais apoio junto dos serviços especializados (ex: CAT, Centro de Saúde, etc.) e dos grupos de auto-ajuda, minimizando o impacto do papel de cuidador na sua saúde mental.

Do ponto de vista fisiológico encontramos uma situação diferente, uma vez que de uma forma consistente, os indicadores de Cortisol evidenciaram níveis significativamente mais elevados no grupo de cuidadores com PTSD. Esta observação está de acordo com a literatura consultada (Bremner, Vythilingam, Vermetten, et al., 2003; Elzinga, Schmahl, Vermetten, van Dyck, & Bremner, 2003; Yehuda, 2002) e indica que estes cuidadores apresentam maior actividade do eixo HPA, quer ao nível da sensibilidade do sistema hormonal quer da produção hormonal. Esta reactividade emocional tem consequências ao nível da saúde (Rabin, 1999; Sapolsky, et al., 2000; Shelby & Kathryn, 2001) e poderá estar relacionada com a elevada prevalência de doenças da síndrome metabólica.

A discrepância entre os resultados da avaliação psicológica da fisiológica poderá ser entendida como consequência de um mecanismo de *coping* dos cuidadores. Isto é, à semelhança de muitos pacientes com PTSD, também os cuidadores aprendem a negar os seus próprios sentimentos de modo a conseguirem “funcionar”. Pode-se avançar com a interpretação que os cuidadores ainda continuam a ser o suporte principal ou único dos Dependentes, não se permitindo, por isso, a “quebrar”. Para além disso, a maioria dos cuidadores lida com os problemas da Dependência de Substâncias há vários anos, havendo a possibilidade desta situação se ter transformado no modo de vida, sendo-lhes por vezes difícil distinguir entre o normal/aceitável e o inadmissível (Aneshensel, et al., 1995; Pearlin, et al., 1990).

10.3.2. **Hipótese 2:** Espera-se que as variáveis clínicas/psicossociais e fisiológicas contribuam de forma diferente para a Sobrecarga e o Suporte Social nos cuidadores de Dependentes de Substâncias.

O Suporte Social e a Sobrecarga têm sido estudados em cuidadores de pacientes com diversas patologias mas não em Dependentes de Substâncias. Daí que não seja evidente de que modo as variáveis clínicas/psicossociais e fisiológicas contribuem para as diferenças observadas nestas duas variáveis. A Sobrecarga constitui-se como a variável mais relevante da experiência emocional negativa da tarefa de cuidar (Aneshensel, et al., 1995) e tem sido associada a diferentes factores. Assim, níveis elevados de Sobrecarga têm sido sistematicamente relacionados com factores objectivos e subjectivos da tarefa (Lauber, et al., 2003; Martens & Addington, 2001; Maurin & Boyd, 1990). De entre os factores objectivos podemos incluir o tempo dispendido a realizar as tarefas próprias do paciente, perdas financeiras, perturbações na rotina, na vida social e profissional do cuidador e alterações comportamentais e psicológicas nos pacientes (Bandeira & Barroso, 2005; Reine, Duplan, Simeoni, Auquier, & Lancon, 2003; Rose, et al., 2007; Tessler & Gamache, 2000). Em relação aos factores subjectivos, estes compõem a vivência emocional do cuidador na sua relação com a tarefa e com o paciente, envolvendo sentimentos negativos tais como a tristeza, embotamento afectivo e isolamento social (Marsh, et al., 2002; Pickett, Altmaier, & Paulsen, 2007; Reinares, et al., 2006). O sentimento de Sobrecarga é agravado pelo momento em que ocorre, sendo por vezes desfasado do ciclo da vida familiar (Marsh, et al., 2002). Isto é, no caso dos Dependentes o abuso de substâncias ocorre habitualmente na adolescência, levando a que a família alterne entre momentos de grande rigidez e grande agitação no que diz respeito à definição de limites, responsabilidade, autoridade e afectividade (Ausloos, 1996).

As variáveis clínicas/psicossociais e fisiológicas para além de estarem correlacionadas com a Sobrecarga e o Suporte Social, correspondem a características próprias da Dependência de Substâncias, podendo ser interpretadas como factores objectivos de Sobrecarga.

O resultado da regressão linear mostra que um menor número de detenções devido à Dependência de Substâncias, um maior número de desintoxicações em clínicas, menor Idade do Cuidador, menor Suporte Social, um menor número de sintomas de PTSD, menores níveis de Batimentos cardíacos em repouso e menores níveis de produção de Cortisol matinais contribuem para um maior sentimento de Sobrecarga.

Assim, à luz do regime penal, as situações de consumo de substâncias e a pequena criminalidade associadas tendem a ser substituídas por coimas, daí que um menor número de detenções poderá significar um encargo financeiro adicional, bem como uma situação de exposição social (contactos com as autoridades policiais, idas a tribunal, ...) com danos emocionais evidentes. Um maior número de desintoxicações poderá ser interpretado como uma Dependência mais severa,

com maiores perturbações a nível psicológico e comportamental no paciente. A este respeito podemos encontrar na literatura exemplos similares de situações nas quais os cuidadores tomaram a decisão de internar os pacientes por problemas comportamentais dos pacientes, com o intuito de conseguirem um tratamento mais eficiente ou simplesmente por se sentirem exaustos (de Vugt, et al., 2005; Gilley, McCann, Bienias, & Evans, 2005; Papastavrou, et al., 2007; Yaffe, et al., 2002). Existem dados controversos acerca da Idade do Cuidador, no entanto a literatura parece apoiar a noção de que os cuidadores mais jovens tendem a apresentar maior Sobrecarga, sendo que esse facto poderá estar relacionado com a execução de múltiplas tarefas (familiares e profissionais) (Croog, et al., Tamilyn Bakas, Pressler, Johnson, Nauser, & Shaneyfelt, 2006; Brazil, et al., 2003; 2001; Magaña, et al., 2007; Van den Heuvel, De Witte, Schure, Sanderman, & Meyboom-de Jong, 2001). A menor Sintomatologia Traumática está associada também a um menor embotamento afectivo e a um menor distanciamento relacional, daí que estes cuidadores experienciarão mais as situações, envolvendo-se activamente nas tarefas, logo sentindo maior Sobrecarga.

A generalidade dos estudos afirma que os pacientes com Sobrecarga apresentam níveis elevados de batimentos cardíacos em repouso (Bedi & Arora, 2007). No entanto, tem havido estudos discrepantes que identificam uma proporção significativa de pacientes com Sobrecarga com níveis basais de batimentos cardíacos diminuídos, sublinhando a importância da avaliação do sistema parassimpático (Cohen, et al., 2000b; Hopper, Spinazzola, Simpson, & van der Kolk, 2006). No que diz respeito aos níveis de cortisol, existem dados contraditórios na literatura, apesar de haver alguma tendência na aceitação da hipótese de que valores matinais baixos estão associados a menor Sobrecarga. No entanto, Irwin e colaboradores (1997) não encontraram qualquer alteração dos níveis fisiológicos basais, sendo necessários estudos adicionais para uma melhor compreensão do tema.

No que diz respeito ao Suporte Social, encontramos uma maior influência das variáveis clínicas/psicossociais na sua predição (47% da variância observada). Este facto pode ser interpretado pela participação em grupos de auto-ajuda de uma percentagem significativa dos cuidadores da amostra (Fukahori, Sugai, Mizuno, Matsui, & Sugishita, 2005; Mittelman, Roth, Clay, & Haley, 2007; Tway, et al., 2007). O facto de o Dependente coabitar com o cuidador, poderá levar a que este procure mais apoio para fazer face às exigências da tarefa. As variáveis psicológicas contribuem para a clarificação dos resultados dado que a índices mais elevados de Suporte Social correspondem a menor Sobrecarga, *Distress* Psicológico e Qualidade de Vida (psicológica). A relação entre maiores níveis de Qualidade de Vida (relações sociais) e maior Suporte Social é

bastante evidente, sendo que os restantes resultados encontram ressonância na literatura, quer seja em termos da Sobrecarga (Grant, Weaver, Elliott, Batolucci, & Giger, 2004; McCullagh, et al., 2005) ou do *Distress* Psicológico (Dierberger, 2007; Lam, Naar-King, & Wright, 2007; Sinha & Watson, 2007). A maior reactividade cardíaca perante imagens neutras, poderá significar que os cuidadores com maior Suporte Social tendencialmente interpretam estas pistas emocionais como mais activadoras, avaliando-as como ameaçadoras ou agradáveis. No entanto, a literatura tem-se revelado omissa neste aspecto, sendo necessária mais investigação a este respeito.

10.3.3. **Hipótese 3:** Espera-se que as variáveis psicossociais e fisiológicas discriminem cuidadores com Sobrecarga dos sem Sobrecarga.

Como tem sido evidente ao longo de todo o estudo, a Sobrecarga assume-se como uma variável central na compreensão do papel do cuidador de Dependente de Substâncias. Daí que se torna necessário determinar as características que distinguem os cuidadores com Sobrecarga dos sem Sobrecarga.

O modelo encontrado identificou o Suporte Social como a variável psicossocial mais importante na distinção entre os cuidadores. De facto, os cuidadores com maior Suporte Social apresentam níveis inferiores de Sobrecarga, como aliás a literatura tem demonstrado em diversos estudos. No entanto, estudos adicionais serão necessários para determinar as formas específicas de Suporte mais eficazes no acompanhamento dos cuidadores. Assim, os autores têm identificado o papel do Suporte Social como factor de inclusão social, ventilação emocional, partilha de experiências, forma de compreensão da patologia e redução de *stress*. Sendo uma ferramenta essencial na promoção da saúde, através de estratégias orientadas para a redução do impacto psicossocial e financeiro da patologia (Belasco & Sesso, 2002; Chang, et al., 2001b; Edwards & Scheetz, 2002; Grunfeld, et al., 2004; Lee, Yoon, & Kropf, 2007; Majerovitz, 2007; McCullagh, et al., 2005; Michon, et al., 2004; Nabors, et al., 2002; Spitznagel, et al., 2006). Os cuidadores com Sobrecarga também apresentam níveis mais elevados de *Distress* emocional, tendo sido apontado como um importante preditor noutros estudos (Arnett, 2007; Awad & Voruganti, 2008; Franzén-Dahlin, et al., 2007; Matsumoto, et al., 2007; Razani, et al., 2007).

Um dado importante que sobressaiu dos resultados, dizem respeito à influência das variáveis fisiológicas na distinção entre os cuidadores. Isto é, os valores dos Batimentos cardíacos têm um peso relativo bastante elevado, contribuindo para uma melhor distinção entre os cuidadores. De facto, tendo em consideração que o modelo permitiu classificar correctamente 80%

dos casos, justifica-se a necessidade de se implementarem métodos de avaliação que incluam variáveis fisiológicas. Na realidade, o modelo revelou que os cuidadores com Sobrecarga apresentam níveis mais elevados de reactividade cardíaca perante estímulos de valência positiva e negativa. Este resultado está de acordo com a literatura, correspondendo a uma activação simpática do eixo HPA, colocando os cuidadores com Sobrecarga em maior risco de saúde (Thompson, et al., 2004; Wilcox, et al., 2005). O facto de nesta amostra apresentar uma elevada prevalência de doenças da síndrome metabólica, a activação cardíaca perante a estimulação emocional, representa um risco adicional, quer ao nível dos factores de coagulação (Grant, et al., 2003; Von Känel, et al., 2003) ou da pressão arterial (Patterson & Grant, 2003; Shaw, et al., 2003; Vitaliano, et al., 2002; Wilcox, et al., 2005). Adicionalmente, estes resultados permitem deduzir que os cuidadores com Sobrecarga estarão particularmente sensíveis aos estímulos com valências positivas e negativas.

10.3.4. Hipótese 4: Espera-se que o *Coping* Familiar seja uma variável moderadora entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga, em cuidadores de Dependentes de Substâncias.

Com base nos resultados da hipótese 1 e 2 (9.2.1, 9.2.2), verificou-se que os cuidadores com PTSD apresentam menor Sobrecarga e maior *Coping* familiar e que o diagnóstico de PTSD contribui para a predição da Sobrecarga, se associarmos o facto de o papel das variáveis familiares nesta relação ter sido pouco estudada, torna-se legítima a hipótese de o *Coping* Familiar agir como moderador entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga.

Antes de mais é relevante sublinhar-se de que a Sintomatologia Traumática corresponde ao número total de sintomas de PTSD, medidos pelo EARAT, não correspondendo necessariamente ao diagnóstico de PTSD (cf. DSM-IV). Esta diferenciação torna-se significativa pois alguns cuidadores exibem um determinado número de sintomas que, isoladamente, não permitem a realização do diagnóstico de PTSD, sendo no entanto dignos de atenção. Para além de que a experiência subjectiva dos indivíduos é diferente mediante a severidade dos sintomas.

Os resultados do teste confirmam o papel do *Coping* Familiar como moderador da relação entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga. Assim, a relação negativa entre a Sintomatologia Traumática e a Sobrecarga só acontece quando o *Coping* Familiar é baixo.

Sendo que a generalidade dos autores tem verificado que maiores níveis de *Coping* Familiar estão associados a um menor *distress* nos cuidadores (Martin, et al., 2004; Minnes, et al., 1989; Navia & Ossa, 2003; Redinbaugh, et al., 2003; Tischler & Vostanis, 2007; Tway, et al., 2007; von Gontard, et al., 2002), estes resultados podem parecer contraditórios. No entanto, é necessário

sublinhar que a Dependência de Substâncias, em termos familiares, tem consequências graves ao nível da própria sobrevivência do sistema, conduzindo frequentemente a situações de quebras relacionais, embotamento afectivo e desmembramento (Alarcão, 2000; Ausloos, 1996; Bandeira & Barroso, 2005; Benoit, 1997; Brasil, 2004; Campos & Soares, 2005; Fleming, 2001; Martins, 2002; Rezende, 1997; Roussaux, et al., 2002; Steinglass, 1997). As famílias dos Dependentes de Substâncias têm sido descritas como “problemáticas”, “conflituosas”, com dificuldades na comunicação, estrutura dos papéis e na expressão emocional (Fleming, 2001; Martins, 2002; Mazuca & Sardinha, 2000; Mendes, 2000; Orth, 2005; Rezende, 1997). Além disso, é frequente nestas famílias o PTSD levar a situações de distanciamento emocional, com fronteiras rígidas onde a comunicação praticamente não existe (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003). Assim, o próprio cuidador, na presença da sintomatologia traumática e tendo poucos recursos (*coping* baixo) para lidar com a situação, pode distanciar-se emocionalmente não se permitindo sentir a sobrecarga.

Assim, o resultado desta hipótese mostra que nas situações de poucos recursos (baixo *coping* familiar) a elevada sintomatologia traumática nos cuidadores prevê menor sobrecarga, quer seja por adaptação psicológica ou eventualmente por reorganização dos sistemas familiares que poderá incluir quebra de ligações ou embotamento afectivo.

10.3.5. Hipótese 5: Espera-se que a Sobrecarga seja uma variável mediadora entre o *Distress* Psicológico e a reactividade emocional (batimentos cardíacos, condutância da pele, níveis de cortisol salivar), em cuidadores de Dependentes de Substâncias.

Os modelos de mediação procuram explicar como uma relação ocorre através de uma sequência causal hipotética, na qual uma variável independente influencia indirectamente a variável dependente através de uma terceira variável, designada por mediadora (Baron & Kenny, 1986). A literatura tem demonstrado uma relação consistente entre o *distress* psicológico e alterações ao nível dos batimentos cardíacos (King, Baumann, O'Sullivan, Wilcox, & Castro, 2002; Knight & McCallum, 1998; Valdimarsdottir, et al., 2002), condutância da pele (Thompson, et al., 2004) e cortisol (Davis et al., 2004; Deshauer, et al., 2006; Purvis & Cross, 2007; Schreiber, et al., 2006; Vedhara, Miles, et al., 2003; Young, Vazquez, Jiang, & Pfeffer, 2006). Da mesma forma a Sobrecarga também tem sido associada a alterações fisiológicas (Castro, et al., 2002; Wilcox, et al., 2005). No entanto, o papel mediador da Sobrecarga entre o *distress* e as alterações fisiológicas não tem sido objecto de estudo privilegiado.

Os resultados dos testes às hipóteses 5.1., 5.2. e 5.3. (secção 9.2.4.) permitiram identificar o papel mediador da Sobrecarga na relação entre o *Distress* e a *Baseline* cardíaca e entre o *Distress* e o Cortisol – AUCg.

Assim, verifica-se que o *Distress* está inversamente relacionado com a *Baseline* Cardíaca, isto é, menores níveis de *Distress* estão associados a maiores níveis do tónus cardíaco. Este facto não está de acordo com alguma da literatura. Posteriormente, verificou-se que existe uma relação positiva entre o *Distress* e a Sobrecarga. Na realidade, diversos autores têm encontrado a mesma ligação, sendo que o *Distress* é habitualmente interpretado como o concomitante psicológico subjectivo inerente à Sobrecarga (Awad & Voruganti, 2008; Beebe, 2008; Martin Piquart & Sörensen, 2005; Sherwood, et al., 2006). Finalmente, verificou-se que o *Distress* deixava de estar relacionado com a *Baseline* Cardíaca, quando era mediada pela Sobrecarga. Assim, verifica-se que os cuidadores com menor *Distress* e menor Sobrecarga apresentam maiores valores de Batimentos cardíacos em repouso (*Baseline*), sendo que 27% do efeito do *Distress* nos Batimentos cardíacos é mediado pela Sobrecarga. A literatura mostra-se omissa em relação a esta situação, mas tal pode ser explicado pela medicação tomada pelos participantes com maiores níveis de Sobrecarga e *Distress* Psicológico. Deste modo, sendo que todos os cuidadores tomam regularmente um antidepressivo e metade toma adicionalmente um medicamento para tratamento da síndrome metabólica/benzodiazepina, poderá avançar-se com a hipótese de que os maiores valores de Batimentos cardíacos em repouso nos cuidadores com menor Sobrecarga e *Distress* se devem ao menor controlo medicamentoso da função cardíaca.

Em relação ao Cortisol – AUCg, verifica-se que está relacionado inversamente com o *Distress*, isto é, menores níveis de *Distress* estão associados a maiores níveis de produção hormonal. Alguns autores encontraram resultados semelhantes (Polk, et al., 2005). Contudo, estes resultados devem ser interpretados com cautela uma vez que a utilização da medida AUCg é recente e são necessários estudos mais aprofundados para uma análise mais fidedigna.

Posteriormente, verificou-se que existe uma relação positiva entre o *Distress* e a Sobrecarga. Finalmente, verificou-se que o *Distress* deixava de estar relacionado com o Cortisol – AUCg quando era mediada pela Sobrecarga. Assim, verifica-se que os cuidadores com menor *Distress* e menor Sobrecarga apresentam maiores valores de produção de cortisol, sendo que 49% do efeito do *Distress* no Cortisol é mediado pela Sobrecarga.

Apesar destes resultados não encontrarem grande suporte na literatura, nas hipóteses anteriores verificou-se que os cuidadores com menor Sobrecarga apresentam também maior Suporte Social. Num estudo relacionado, Raiber-Kornfeld (2006) verificou que o suporte social estava associado a uma maior produção de cortisol nas mulheres e a uma menor produção nos homens, o que tendo em consideração a amostra recolhida (74% é do sexo feminino), poderá explicar em parte este resultado. No entanto, a literatura, ao nível do cortisol, como já referido, apresenta resultados contraditórios.

10.4. Análises Exploratórias

Este estudo é complementado com análises exploratórias, nas quais se pretende analisar a relação entre diversas variáveis sócio-demográficas, clínicas/psicossociais, psicológicas e fisiológicas. Os resultados encontram-se organizados por variável, facilitando-se deste modo a sua análise e interpretação.

10.4.1. Sexo do cuidador

Os resultados mostram que as cuidadoras apresentam maiores níveis de Depressão, *Distress* Psicológico, Sintomas de PTSD e menores níveis de Suporte Social, Reactividade Cardíaca e Electrodermica. A análise pode ser repartida pelas variáveis psicossociais e pelas fisiológicas. Assim enquanto os indicadores psicossociais encontram ressonância na literatura, as variáveis fisiológicas são mais controversas.

De facto, sendo o papel de cuidador assumido quase exclusivamente por mulheres, será de supor que acumulem estas tarefas com as tradicionais (lida da casa, educação dos filhos, etc.) e, por vezes também de uma profissão. Adicionalmente, também percebem menor Suporte Social, o que traz consequências ao nível de um progressivo sentimento de isolamento, dificuldade na expressão de emoções e na obtenção de apoio instrumental para lidar com as tarefas. Seria previsível que estes factores de *distress* emocional acumulados tivessem um concomitante fisiológico, como aliás tem sido verificado por diversos estudos (Knight & McCallum, 1998; Thompson, et al., 2004; Valdimarsdottir, et al., 2002; Wilcox, et al., 2005). No entanto, estes resultados podem ser explicados pela toma de depressores do sistema nervoso central. Sendo que se poderá colocar a hipótese de nestas situações, na ausência de outras formas de apoio, as cuidadoras recorram mais frequentemente à ajuda medicamentosa.

10.4.2. Idade do Cuidador

Os resultados mostram que os cuidadores mais novos apresentam menor *distress* psicológico e actividade electrodérmica em repouso e maior activação cardíaca e electrodérmica. Neste sentido, por um lado apresentam menor impacto psicofisiológico associado ao papel de cuidador e por outro são mais reactivos aos estímulos. Estes dados são, de certo modo, controversos pois alguns estudos têm demonstrado que cuidadores mais novos apresentam maior impacto psicológico (Croog, et al., Tamilyn Bakas, et al., 2006; Brazil, et al., 2003; 2001; Magaña, et al., 2007; Van den Heuvel, et al., 2001). No entanto, existe alguma discussão a esse respeito, pois também têm sido encontrados cuidadores mais novos com menor impacto ao nível da saúde mental e física, possivelmente devido ao facto de estarem em contacto com a doença há menos tempo (Huang, et al., 2006; Vedhara, et al., 2002).

Por sua vez também se pode afirmar que os cuidadores mais velhos apresentam maior *distress* e activação do tónus electrodérmico, sendo este um indicador de hipervigilância e de risco para a saúde.

10.4.3. Estado Civil do Cuidador

A análise a estes resultados mostra que os cuidadores solteiros apresentam os valores mais elevados de *Distress* Psicológico e de *Coping* Familiar. O que significa que os cuidadores solteiros, estando em situação de desconforto emocional, recorrem mais frequentemente ao sistema familiar do que os cuidadores divorciados/separados e os viúvos. Sendo também um indicador de que os cuidadores divorciados/separados e viúvos necessitam de ajuda a (re)estabelecer ligações familiares para lidar com o afecto negativo. A literatura mostra que, de uma forma geral, os indivíduos solteiros apresentam maior morbilidade psicológica (Burman & Margolin, 1992; Waldron, Weiss, & Hughes, 1997).

A menor reactividade emocional nos cuidadores solteiros, tal como já foi sugerido, poderá dever-se a vários factores tal como um menor número de relacionamentos conflituosos ou a um controlo medicamentoso, admitindo-se porém a ocorrência de outros factores.

10.4.4. Encargo com outro significativo

Os resultados mostraram que os cuidadores de Dependentes de Substâncias, que têm um encargo com outro familiar significativo, apresentam um maior número de sintomas de PTSD, maior qualidade de vida (psicológica) e menores valores de actividade electrodérmica em repouso.

Os resultados do teste desta hipótese são em parte confirmados pela literatura, dado que os cuidadores com maior sintomatologia traumática apresentam menor activação fisiológica. Contudo, a relação entre o PTSD e a activação fisiológica tem sido estudada por diversos autores, tendo-se encontrado resultados diferenciados. Assim, os indivíduos com PTSD apresentam habitualmente uma activação diminuída do eixo HPA, no entanto em situações de *stress* induzido essa activação tende a ser superior à dos indivíduos sem PTSD, em termos de intensidade e duração (Bremner, Vythilingam, Vermetten, et al., 2003; Cohen, et al., 2000a; Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putnam, 2004). O que poderá significar que a situação experimental utilizada (instrumento de visualização) não terá sido suficientemente estimulante para activar as recordações traumáticas e a correspondente resposta fisiológica nesta condição. Por exemplo, Dickerson e Kemeny (2004) compararam diferentes métodos de indução de *stress*, entre os quais a indução de emoções através do visionamento de imagens, tendo verificado que os métodos que combinavam uma tarefa cognitiva e falar em público (tal como o *Trier Social Stress Test*) eram os mais eficazes na activação hormonal. Uma hipótese alternativa advém do estudo de Knight e McCullum (1998) no qual verificaram que uma avaliação positiva da função de cuidador estava inversamente relacionada com a reactividade cardíaca. Assim, os cuidadores de Dependentes de Substâncias, com encargos com outro familiar, poderão avaliar a função de uma forma mais positiva, pese embora apresentarem maior sintomatologia traumática.

Uma hipótese alternativa estará relacionada com o facto de o encargo do cuidador com outro familiar significativo, não ser percepcionado como um factor de sobrecarga, mas sim de gratificação. Isto é, os aspectos positivos associados à tarefa de cuidar têm sido estudados, verificando-se que os cuidadores que avaliam a tarefa positivamente, sentindo “gratificação”, “prazer”, “retribuição” apresentam menores índices de *distress*, depressão e sobrecarga (Daley, 2007; Ekwall & Hallberg, 2007; Heru, Iqbal, & Ryan, 2004; Heru & Ryan, 2004, 2006; LoboPrabhu, Molinari, & Lomax, 2006).

No entanto, Andrén e Elmstahl (2005) verificaram que os cuidadores, em determinadas situações podem experienciar simultaneamente sentimentos de satisfação e sobrecarga, sendo necessários estudos adicionais para compreender a complexidade dos resultados. O que, de certa forma, poderá ajudar a interpretar aparente contradição entre uma maior sintomatologia traumática e uma melhor qualidade de vida (psicológica) nos cuidadores de Dependentes de Substâncias com encargos adicionais.

10.4.5. Coabitação com o Dependente de Substâncias

Os resultados desta hipótese mostram que os cuidadores de Dependentes de Substâncias que coabitam com o Dependente apresentam maiores valores de *distress* psicológico, sobrecarga e actividade cardíaca em repouso e menores valores de suporte social, qualidade de vida (relações sociais) e actividade electrodérmica.

Neste aspecto, o facto de os cuidadores coabitarem com o Dependente está associado a um menor funcionamento psicológico e social. Estas dificuldades poderão estar associadas a comportamentos agressivos e negligentes por parte dos Dependentes não abstinentes ou pelo facto de apesar de já não existirem consumos os pacientes continuarem, em termos práticos, a depender dos cuidadores para resolver as tarefas da sua responsabilidade. Na análise descritiva da amostra, ficou evidente que os cuidadores dos adictos em abstinência continuam a providenciar suporte financeiro e que mais do dobro dos pacientes (78 em 114) ainda mora com o cuidador.

Para além disso, os cuidadores que coabitam com o Dependente apresentam maior tónus cardíaco, o que representa um risco de saúde acrescido em conjugação com a presença das doenças da síndrome metabólica e traduz um estado constante de activação. Tal como já foi referido anteriormente, os menores valores de reactividade electrodérmica também poderão ser devido à fórmula utilizada, daí que os valores próximos de zero indicam que a actividade electrodérmica média se manteve constante durante a apresentação dos dois blocos de imagens, podendo esse facto acrescentar mais uma evidência à hipótese do estado hipervigilante do cuidador que coabita com o Dependente.

Estes cuidadores apresentam menores níveis de suporte social e de qualidade de vida (relações sociais), facto que está de acordo com a literatura (Feldman, et al., 2007; Goossens, van Wijngaarden, Knoppert-van der Klein, & van Achterberg, 2008; Sander, 2007).

10.4.6. Duração da Patologia

Os resultados desta hipótese mostram que a duração da patologia está relacionada com os valores de *distress* psicológico, sobrecarga, suporte social, níveis de cortisol e batimentos cardíacos.

A variável duração da patologia revela-se um factor importante na avaliação do impacto da Dependência de Substâncias. Por um lado, os estudos com cuidadores de outras patologias apontam-na, em conjunto com a gravidade dos sintomas do paciente, como um dos factores mais relevantes na determinação do estado mental e físico dos familiares, no entanto também realça a

possibilidade de um desenvolvimento das competências de *coping* nos cuidadores, tornando-os resilientes a este *stressor* crónico.

A constituição da amostra em três grupos normalizados permitiu identificar um período de tempo de maior vulnerabilidade psicológica. Assim, os cuidadores que lidam com a Dependência de Substâncias num período de tempo entre 5 e 17 anos apresentam maiores níveis de *distress* psicológico e sobrecarga e menor níveis de suporte social. É interessante verificar que os cuidadores que lidam há menos tempo (menos de 4 anos) com a patologia procuram/recebem mais suporte social e que isso se traduz em menor *distress* psicológico.

Em relação às variáveis fisiológicas os cuidadores que lidam há mais tempo (mais de 17 anos) apresentam maior activação hormonal e cardíaca. Assim, em relação aos níveis de cortisol, podemos afirmar que a exposição continuada ao *stressor* crónico conduziu a uma activação do eixo HPA, com evidência nos níveis elevados de cortisol matinal e numa maior sensibilidade do sistema (AUCi). Assim é como se ao fim de algum tempo de exposição, o sistema nervoso simpático ficasse “programado” para estar pronto a responder às emergências, mantendo um nível constante de activação (Kudielka & Wüst, 2008; McEwen, 1998; McEwen & Stellar, 1993). Tal como revisto em 2.4.2. esta situação é prejudicial para os indivíduos, aumentando o risco de doença.

No que diz respeito aos Batimentos cardíacos, os cuidadores que lidam há mais tempo (mais de 17 anos) com a patologia apresentam maior activação cardíaca em repouso e durante a situação experimental. Tal como já foi referido, este facto pode ser um reflexo da activação continuada do sistema nervoso simpático, o que em conjunto com outros factores tais como as doenças da síndrome metabólica, colocam em risco a saúde do cuidador (Grant, et al., 2002; Patterson & Grant, 2003; Shaw, et al., 2003; Vitaliano, et al., 2002; Von Känel, et al., 2003).

No entanto, torna-se necessário fazer uma ressalva, pois a variável “duração da patologia” compreende o tempo desde o qual foi diagnosticada (ou evidente) a existência de um consumo problemático de drogas ou álcool até à actualidade incluindo as situações de abstinência dos consumos. Daí que estudos adicionais são necessários a fim de se melhorar a compreensão desta variável.

10.4.7. Tempo de Recuperação (Abstinência do Uso de Substâncias)

Nos estudos com cuidadores de outras patologias, os períodos de remissão estão habitualmente associados a valores mais baixos de morbilidade psicológica (Huang, et al., 2003). Contudo, a literatura com fundamentação sistémica tem apresentado algumas cautelas a esse

respeito, enfatizando a dinâmica dos processos homeostáticos patológicos (McCrary & Epstein, 1996).

Os resultados mostram que o tempo de abstinência do Dependente de Substâncias está relacionado com os valores de depressão, *distress* psicológico, sobrecarga, suporte social, qualidade de vida, *coping* familiar, níveis de cortisol reactividade cardíaca e condutância da pele em repouso.

Os cuidadores de Dependentes de Substâncias em abstinência apresentam menores níveis de depressão, *distress* emocional e sobrecarga do que os cuidadores de Dependentes que não estão em abstinência. Contudo, os cuidadores de Dependentes com mais tempo de abstinência (mais de 5 anos) apresentam maiores níveis de sobrecarga do que os cuidadores de Dependentes com menos tempo de abstinência (menos de 5 anos). Este facto poderá ser compreendido no âmbito do próprio processo de recuperação do Dependente, isto é, poderá estar relacionado com as medidas de apoio ao emprego de adictos em recuperação “Programa Vida Emprego”. Esta medida, embora sendo de curta duração, pode possibilitar a integração do indivíduo num contexto de socialização estável, aliviando a carga de tarefas inerentes ao cuidador. Ainda dentro desta perspectiva, os períodos de remissão na Dependência de Substâncias são habitualmente marcados por períodos de “lua-de-mel” nos quais as famílias tendem a sobrevalorizar os ganhos do tratamento e minimizar os danos (Fleming, 2001). Os níveis reduzidos de sobrecarga neste período poderão ser o reflexo deste bem-estar emocional.

Os níveis elevados de suporte social (abstinência há menos de 5 anos) também poderão contribuir para esta diminuição, uma vez que dará a possibilidade de troca de experiências, estabelecimento de relações e procura de ajuda instrumental e emocional aos cuidadores.

Em termos de qualidade de vida, os cuidadores de Dependentes com maior tempo de recuperação (mais de 5 anos) apresentam resultados mais elevados ao nível físico, psicológico e das relações sociais. Isto é, se com o estado de não abstinência o cuidador apresenta perdas em termos de funcionamento físico e psicossocial, a situação inverte-se completamente com o estado sustentado de abstinência do adicto. Acontece uma situação semelhante com a variável *Coping* Familiar, a qual está significativamente relacionada com o tempo de abstinência. Os cuidadores de Dependentes com mais tempo de abstinência apresentam uma capacidade de *Coping* Familiar aumentada em relação aos cuidadores de adictos não abstinentes. Sendo uma medida de avaliação da adaptação familiar aos *stressores* ao longo do tempo, podemos interpretar este aumento como a aprendizagem da família à situação de crise.

No que diz respeito aos níveis de cortisol, verificaram-se níveis elevados em todas as medidas nos cuidadores de Dependentes com maior tempo de abstinência. Este facto indicia uma activação do eixo HPA, com níveis elevados do cortisol matinal, maior sensibilidade e produção hormonal. Aparentemente, mesmo a experiência de uma abstinência mais longa não produziu efeitos ao nível do restabelecimento do equilíbrio hormonal. No entanto, estudos adicionais serão necessários para uma melhor compreensão do tema, uma vez que se trata de uma variável sensível a muitos factores (Kirschbaum & Hellhammer, 1989; Polk, et al., 2005; Pruessner, et al., 1997; Wolf, et al., 2005). Os valores da reactividade cardíaca perante os estímulos de valência positiva e negativa confirmam a activação do eixo HPA, bem como os valores da condutância da pele em repouso.

10.5. Limitações do Estudo

Na elaboração deste estudo foram identificadas algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

Assim, em relação à selecção da amostra, os cuidadores foram voluntários, sendo que uma percentagem significativa participava em grupos de apoio (auto-ajuda) especializados na Dependência de Substâncias o que, se por um lado os motivou para cooperarem no estudo, por outro pode ter representado uma amostra diferente da população geral que não têm acesso a qualquer tipo de apoio ou têm-no desadequado. No que diz respeito à validade externa, o facto de o estudo ter sido realizado na região Norte de Portugal, leva à necessidade de ser replicado noutras regiões de modo a poder ser enriquecido com outras perspectivas e características culturais.

Em relação aos familiares propriamente ditos, existe a questão da medicação tomada. Assim, não foi possível alterar/suspender a toma de medicação por parte dos familiares durante o período experimental. Uma vez que a medicação era do tipo antidepressivo, ansiolítico e/ou específico (por ex: tratamento da diabetes), optou-se por não interferir, admitindo a sua influência nos resultados.

Uma outra limitação neste estudo está relaciona-se com os instrumentos de avaliação utilizados. A ausência de valores normalizados para a população portuguesa, levou à necessidade de se proceder a uma validação piloto desses instrumentos numa amostra reduzida. Como consequências as subescalas *EARAT - Resposta ao Acontecimento* ($\alpha = .67$), *WHOQOL - Relações Sociais* ($\alpha = .61$), *F-COPES - Avaliação Passiva* ($\alpha = .51$) apresentam uma consistência interna baixa.

No que diz respeito ao cortisol salivar, as amostras foram processadas e tratadas de acordo com os requisitos e práticas correntes. No entanto, o número reduzido de colheitas (3) por familiar poderá ter sido insuficiente para uma correcta avaliação dos parâmetros. Apesar da garantia de outros investigadores da validade das medidas calculadas, a utilização de pelo menos 5 colheitas seria mais aconselhada.

Apesar destas limitações, este estudo primou pela originalidade das medidas de avaliação utilizadas e pelo carácter precursor na abordagem ao tema das questões familiares (cuidadores) na Dependência de Substâncias.

Capítulo XI – Conclusão

11.1. Conclusão

A Dependência de Substâncias apresenta características de prevalência tendencialmente crónicas, com início na adolescência, o que implica que os familiares lidem com a patologia durante bastante tempo. Este estudo procurou conceptualizar a natureza da prestação dos cuidados à luz do conceito de cuidador informal, procurando enquadrar as consequências na saúde física e mental do familiar nesse papel.

A generalidade da literatura sobre as famílias com problemas de abuso/dependência de substâncias, habitualmente aborda a temática em perspectivas mutuamente exclusivas quer seja biológica, individual ou sistémica. Havendo pois necessidade de se adoptar uma postura mais integradora para se compreender uma realidade multi-facetada.

No entanto, na ausência de referências substanciais foram sendo utilizadas referências de estudos com cuidadores de outras patologias que partilhavam características com os Dependentes, quer fosse em termos de alterações comportamentais, cognitivas, emocionais do paciente ou das especificidades das patologias em termos do seu início, curso, consequência e grau de incapacidade.

Assim, poder-se à começar por se verificar que os cuidadores de Dependentes de Substâncias são maioritariamente constituídos por mulheres que cuidam dos filhos ou cônjuges, com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos, casadas e com formação ao nível do ensino secundário. Em relação ao estado de saúde física e mental, verifica-se a existência de uma grande prevalência de patologias debilitantes geralmente associadas aos estados de *stress* agudos e prolongados, tais como a Depressão e as doenças da síndrome metabólica.

Os Dependentes são maioritariamente do sexo masculino, solteiros, com idades médias compreendidas entre os 30 e os 37 anos, habilitações literárias ao nível do 9º ano/3º ciclo/curso profissional, com uma ocupação profissional e a coabitar com a família de origem da qual dependem financeiramente.

Com o objectivo de se realizarem comparações entre os cuidadores a fim de se determinar quais os factores de risco e quais os factores de protecção associados à experiência de cuidador, utilizou-se o critério de abstinência do uso de substâncias. Assim, o facto de os pacientes continuarem os consumos está associado a níveis mais elevados de Depressão, *Distress* Psicológico e Sobrecarga e a níveis mais baixos de Qualidade de Vida, Suporte Social e *Coping* Familiar nos

seus cuidadores. Interessantemente, ao contrário dos cuidadores de outras doenças (Chappell & Colin Reid, 2002; Dowdell, 2004; Peak, 2005; Reid, et al., 2005), estes cuidadores mantêm os níveis de auto-estima elevados, especialmente com níveis de morbilidade psicológica altos.

Uma medida inovadora diz respeito à avaliação da sintomatologia traumática (PTSD). A partir da experiência clínica, trabalhando com as famílias, tornou-se evidente que estes cuidadores apresentavam critérios para o diagnóstico de PTSD, quer fosse por experiência directa a algum acontecimento, tal como ter sido vítima de uma agressão, quer por ter observado um acontecimento que ameaçou a integridade física de outro, tal como ter lidado com *overdoses* ou estados comatosos do Dependente. Os resultados mostram uma prevalência bastante elevada de cuidadores de Dependentes de Substâncias com diagnóstico de PTSD, independentemente do facto do paciente estar a consumir ou em abstinência. Trata-se de um dado importante, uma vez que esta temática não tem sido abordada frequentemente, daí que esta população possa beneficiar de um acompanhamento especializado neste sentido. A análise dos resultados permite concluir que os cuidadores com diagnóstico de PTSD apresentam menor Sobrecarga e maior *Coping* Familiar e maiores níveis de Cortisol.

A avaliação de variáveis fisiológicas permitiu a recolha de indicadores biológicos indirectos acerca do estado de saúde dos cuidadores. As medidas do cortisol salivar permitem concluir que os cuidadores de Dependentes de Substâncias abstinentes há mais de 5 anos apresentam alterações dos níveis matinais, da sensibilidade e da produção hormonal. Assim, estes cuidadores apresentam níveis elevados nestas medidas que habitualmente estão associadas a estados de morbilidade psicológica. Esta discrepância entre as medidas tradicionais de “papel e lápis” de avaliação psicológica é interessante pois, se por um lado estes cuidadores relatam a inexistência de problemas psicológicos, por outro apresentam valores superiores ao grupo de controlo, comprometendo o sistema imunológico e colocando-os em risco para o aparecimento de acidentes cardiovasculares. Os cuidadores que lidam com a Dependência há mais de 17 anos também apresentam níveis elevados de cortisol ao acordar e maior sensibilidade na produção hormonal, indicando que a exposição crónica ao *stress* representa um risco para a saúde.

A reactividade cardíaca pode ser definida como a mudança súbita de um parâmetro cardiovascular em função da apresentação de um *stressor*. Assim, os cuidadores de Dependentes de Substâncias não-abstinentes apresentaram os valores mais baixos indicando a menor activação simpática. A reacção observada nestes cuidadores pode ser definida como uma “resposta de reciprocidade” (Hugdahl, 1998) na qual o aumento da actividade de um ramo do sistema nervoso

autónomo está associado à diminuição de outro ramo. Esta reacção tem sido associada à resposta fisiológica da fobia (tipo sangue e feridas) e poderá indicar que estes cuidadores têm uma activação bastante intensa a estímulos com valência positiva e negativa. Os cuidadores que moram com o Dependente e que lidam com a Dependência há mais de 17 anos apresentam valores superiores de Batimentos cardíacos em repouso, representando uma activação geral do sistema. Esta activação tem sido associada aos estados de *stress*/vigilância constante e, em última instância levam a um estado de doença. Os cuidadores mais jovens e aqueles que lidam com a Dependência há mais de 17 anos apresentam maior reactividade perante imagens de valência positiva e negativa, indicando que poderão ter maior dificuldade na regulação das emoções.

A condutância da pele é uma medida da actividade do sistema nervoso autónomo, sendo que a sua actividade em repouso (*baseline* ou tónus) está associada à hipervigilância e à manutenção da atenção. Nesse sentido, os cuidadores de Dependentes de Substâncias abstinentes há mais de 5 anos apresentaram os valores mais baixos enquanto os cuidadores de Dependentes de Substâncias não-abstinentes (bem como os indivíduos solteiros) apresentaram os valores mais elevados, indicando um estado de hipervigilância.

O carácter inovador deste estudo prendeu-se por um lado com a conceptualização da função de um membro da família e por outro com as medidas de avaliação do impacto da prestação dos cuidados na saúde mental e física desse cuidador informal. Por serem uma amostra da população oculta em Portugal, ainda sofrendo com o estigma e a vergonha de terem um familiar Dependente de Substâncias, estes cuidadores não têm acesso a recursos e mecanismos de *coping* que lhes permitiriam lidar melhor com a situação. A situação de *stress* crónico por que passam, agravada com recaídas, comportamentos de agressividade e alterações comportamentais, cognitivas e emocionais por parte do Dependente, colocam-nos perante obstáculos difíceis de superar, com custos físicos e psicológicos.

Em termos clínicos, este estudo procurou compreender as diferentes dimensões da vivência emocional dos cuidadores de Dependentes de Substâncias, dando um carácter prático de suporte aos profissionais de saúde.

11.2. Implicações dos Resultados

11.2.1. Teoria

Assim, a sólida fundamentação do conceito de *stress* do cuidador, que proveio dos trabalhos realizados com cuidadores de pacientes com Alzheimer e outras Demências (Aneshensel, et al., 1995; Pearlin, et al., 1990), serviu de referência a este estudo com cuidadores. No entanto, as diferenças em termos das consequências das patologias dos pacientes, do tipo de tarefas realizadas pelos cuidadores e até mesmo das diferenças em termos do ciclo de vida familiar, sublinham a necessidade da construção de um modelo específico para estes cuidadores.

Assim, com base nos resultados deste estudo, ficou evidente que as principais consequências a nível mental do papel de cuidador de Dependente de Substâncias eram o *Distress* Psicológico, a Sobrecarga e a Sintomatologia de PTSD e não tanto a Depressão, como nos cuidadores de outras doenças. Deste modo, a morbilidade nos cuidadores de Dependentes de Substâncias parece ser mais incapacitante, apesar de o tipo de tarefas ser menos física, isto é, existe uma maior preocupação em assegurar a toma da medicação, ida às consultas, controlo das actividades diárias, lidar com a labilidade emocional e com o comportamento agressivo do que tratar da higiene, da alimentação e da vida da casa, como nos cuidadores de pessoas com Demência. Daí que os resultados deste estudo são mais próximos dos resultados obtidos com cuidadores de pacientes com doenças mentais (Esquizofrenia, Perturbação Bipolar, ...) (Chadda, Singh, & Ganguly, 2007; Nehra, Chakrabarti, Kulhara, & Sharma, 2005; Ogilvie, Goodwin, & Morant, 2005; Perlick, Miklowitz, et al., 2007; Perlick, Rosenheck, et al., 2007; Schmid, Huttel, & Cording, 2007) e dos cuidadores de pacientes com BPSD mais severos na Demência (Black & Almeida, 2004; De Vugt, et al., 2005; Ferri & Ames, 2004; Onishi, et al., 2005).

Igualmente importante parece ser a influência do ciclo de vida na percepção de sobrecarga nos cuidadores. Assim, devido às características das doenças demenciais, a generalidade dos estudos com cuidadores concentra-se numa fase tardia do ciclo de vida, enquanto os cuidadores de Dependentes de Substâncias têm de lidar com os *stressores* próprios da adolescência e do início da idade adulta. Recentemente, Rolland (2005) enfatizou a importância da Tipologia Psicossocial da Doença Crónica na adaptação das famílias à doença oncológica, mediante a compreensão do ciclo de vida familiar. Alguns autores (Cullen, MacLeod, Williams, & Williams, 1991; de Souza, Wegner, & Coelho Gorini, 2007; Hatfield, 1997), também têm defendido a adequação das estratégias de intervenção nos cuidadores à fase do ciclo de vida em que se encontram.

As questões sistémicas e desenvolvimentais também poderão fundamentar o facto de estes cuidadores, apesar de apresentarem níveis elevados de morbilidade psicológica, continuam a ter um sentimento de retribuição e valorização pessoal. As observações realizadas com estas famílias, nomeadamente em termos da sua estrutura, parecem reflectir-se no conceito de Emaranhamento (Minuchin & Fishman, 1981; Relvas, 2000).

O dado mais relevante do presente estudo tem a ver com o facto dos cuidadores de Dependentes de Substâncias apresentarem maior reactividade fisiológica perante imagens positivas e negativas, revelando que estes indivíduos apresentam maior reactividade emocional. Desta forma, é possível compreender o risco acrescido de desenvolverem problemas de saúde.

11.2.2. Práticas e Treino dos Profissionais

Em virtude das conclusões deste estudo, parece evidente que os profissionais deverão ter acesso a formação em três áreas principais: avaliação psicofisiológica do *stress*, intervenção no cuidador e intervenção no sistema familiar “dependente de substâncias”.

Assim, a inclusão de marcadores biológicos de *stress*, tal como o cortisol, na avaliação do estado mental e físico apresenta várias vantagens. A sua medição objectiva é especialmente relevante na avaliação das situações de *stress* e *distress*. Aliás, a avaliação psicofisiológica das desordens psicológicas tem tido um grande impulso nos últimos anos, em grande parte devido aos ganhos secundários associados a estas situações. O que também se torna claro, é que estas medidas são importantes métodos auxiliares e complementares de avaliação das consequências da exposição a um *stressor* crónico, bem como de um processo indirecto de avaliação de risco para a doença. É um método fácil, rápido, prático, fiável, pouco incómodo para os participantes e relativamente barato. No entanto, a interpretação dos resultados necessita de uma robusta fundamentação teórica e de uma constante revisão dos artigos mais recentes. O cortisol é uma hormona muito sensível a diversos factores e, como tal, é necessária uma boa apreensão dos conteúdos.

A intervenção no cuidador deverá estar directamente relacionada com o tratamento na Dependência de Substâncias, podendo no entanto ocorrer nas situações em que o Dependente não colabora ou receba algum tipo de intervenção. O isolamento social a que muitas vezes estes cuidadores se remetem, dificulta a intervenção terapêutica, agravando a sua saúde mental e física. Assim, a revisão da literatura tem mostrado a necessidade da promoção de saúde através da criação de redes sociais de apoio, de apoio baseado nas novas tecnologias, de melhoria da relação

entre cuidador e paciente e de intervenções cognitivo-comportamentais para redução do *stress* (Beauchamp, Irvine, Seeley, & Johnson, 2005; Palmisano & Arco, 2007; Rosen, et al., 2003; Siegel, et al., 2008; Yaffe, 2007). Alguns autores têm enfatizado que as estratégias para redução da sobrecarga deverão ser multidimensionais e modo a maximizar o sucesso (Acton & Kang, 2001; Bakas & Burgener, 2002; Mitrani, et al., 2006). Este estudo também identificou uma realidade até agora pouco evidente, nomeadamente ao nível da Sintomatologia Traumática nestes cuidadores. Será necessária uma atenção particular a este fenómeno, devendo os profissionais estar preparados para dar resposta a esta perturbação.

O contacto com estes cuidadores sublinhou a importância de um acompanhamento de maior proximidade e de uma intervenção no sistema familiar, quer no sentido do tratamento do Dependente quer na própria reestruturação familiar. As intervenções nestas famílias levam a que os profissionais tenham conhecimentos aprofundados sobre a Dependência de Substâncias e sobre os modelos sistémicos de intervenção familiar. Estas intervenções têm-se revelado importantes na prevenção da recaída dos Dependentes, no aumento da satisfação familiar (incluindo as estratégias de *coping*, de comunicação da informação e expressão de afectos), sendo economicamente mais eficientes (Ferros, 2003; Fleming, 2001; Liddle, Rowe, Dakof, Henderson, & Greenbaum, 2009; Martins, 2002; Matos, 2005; Relvas, 2000; Roussaux, et al., 2002; Sampaio, 1985; Shyangwa, Tripathi, & Lal, 2008; Stanton & Todd, 1982; Toumbourou & Bamberg, 2008). Assim, a formação e sensibilização dos profissionais para esta área requer um investimento em termos de políticas de saúde, de modo a possibilitar uma intervenção mais bem sucedida na minimização do sofrimento dos cuidadores e na reabilitação do Dependente de Substâncias.

11.2.3. Investigação Futura

Tendo em conta o carácter pioneiro deste estudo, foram mais as questões que ficaram por responder do que as efectivamente respondidas.

Com base nestes resultados, torna-se necessário aferir os factores relacionados com o melhor funcionamento psicossocial dos cuidadores, isto é, será necessário apurar os factores de protecção do *stress* e sobrecarga. Para tal, será necessário incluir em próximos estudos, variáveis de matriz positiva, como por exemplo a resiliência ou o optimismo.

Relacionado com o ponto anterior, também estão as variáveis do próprio Dependente, isto é, apesar de neste estudo terem sido identificados algumas características da Dependência, serão

necessários dados adicionais. Esta informação poderá vir dos estudos nos quais são avaliadas as díades cuidador-paciente.

Ficou igualmente claro que os indicadores de reactividade emocional são bastante sensíveis à influência de determinados factores, tal como o género, a idade ou a coabitação com o Dependente. Estas alterações carecem de explicações mais aprofundadas e deverão merecer uma atenção particular uma vez que poderão ser úteis na compreensão da fenomenologia do *stress* do cuidador e no acompanhamento personalizado dos indivíduos.

Além disso, a influência da activação do eixo HPA na saúde dos cuidadores requer mais investigação. Apesar da importância do cortisol na saúde, torna-se insuficiente na explicação do estado de saúde físico, daí que serão necessários estudos adicionais que incluam indicadores biológicos do estado de saúde e da sua relação com as variáveis psicossociais. Esses indicadores poderão ser relativos à avaliação geral da saúde física (IMC, níveis de colesterol, tensão arterial), como também específicos da função imunitária (Kiecolt-Glaser, et al., 2003; Vedhara, Shaw, et al., 2003) já que os marcadores biológicos de *stress*, providenciam informações valiosas que podem orientar as intervenções terapêuticas.

Referências

- Aarsland, D., Larsen, J. P., Karlsen, K., Lim, N. G., & Tandberg, E. (1999). Mental symptoms in Parkinson's disease are important contributors to caregiver distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(10), 866-874.
- Acton, G. J., & Kang, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta-analysis. *Research in Nursing and Health, 24*(5), 349-360.
- Adam, E. K., & Gunnar, M. R. (2001). Relationship functioning and home and work demands predict individual differences in diurnal cortisol patterns in women. *Psychoneuroendocrinology, 26*, 189-208.
- Adam, E. K., Hawkley, L. C., Kudielka, B. M., & Cacioppo, J. T. (2006). Day-to-day dynamics of experience-cortisol associations in a population-based sample of older adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 103*, 45.
- Adams, C. (2003). Quality of Life for Caregivers and Stroke Survivors in the Immediate Discharge Period. *Applied Nursing Research, 16*(2), 126-130.
- Adams, K. B., Smyth, K. A., & McClendon, M. J. (2005). Psychosocial resources as moderators of the impact of spousal dementia caregiving on depression. *Journal of Applied Gerontology, 24*(5), 475-489.
- Adelman, E. E., Albert, S. M., Tider, T., O'Sullivan, I., Del Bene, M. L., & Rabkin, J. G. (2004). Disparities in perceptions of distress and burden in ALS patients and family caregivers. *Neurology, 62*(10), 1766-1770.
- Adès, J., & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Aftanas, L. I., Varlamov, A. A., Pavlov, S. V., Makhnev, V. P., & Reva, N. (2001). Event-related synchronization and desynchronization during affective processing: emergence of valence-related time-dependent hemispheric asymmetries in theta and upper alpha band. *International Journal of Neuroscience, 110*(3-4), 197-219.
- Aftanas, L. I., Varlamov, A. A., Pavlov, S. V., Makhnev, V. P., & Reva, N. V. (2002). Time-dependent cortical asymmetries induced by emotional arousal: EEG analysis of event-related synchronization and desynchronization in individually defined frequency bands. *International Journal of Psychophysiology, 44*(1), 67-82.

- Aguglia, E., Onor, M. L., Trevisiol, M., Negro, C., Saina, M., & Maso, E. (2004). Stress in the caregivers of Alzheimer's patients: An experimental investigation in Italy. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19(4), 248-252.
- Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios Familiares - uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Alberto, I. (1999). *Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e suas consequências psicológicas em crianças e adolescentes vítimas de maltrato*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD) - Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- Almeida, L., & Freire, T. (Eds.). (2003). *Metodologia da investigação científica em Psicologia e Educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, T., & Sampaio, F. M. (2007). Stress e Suporte Social em Familiares de Pessoas com Paralisia Cerebral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 143-149.
- Alshubaili, A., Awadalla, A., Ohaeri, J., & Mabrouk, A. (2007). Relationship of depression, disability, and family caregiver attitudes to the quality of life of Kuwaiti persons with multiple sclerosis: a controlled study. *BMC Neurology*, 7(1), 31.
- Andrade, M. C., Martins-Filho, O. A., Coelho-Neto, J., Mesquita, O. N., & Faria, A. M. (2008). The long-term impaired macrophages functions are already observed early after high-dose ethanol administration. *Scandinavian Journal of Immunology*, 68(3), 306-314.
- Andreasen, N. (2004). Acute and delayed posttraumatic stress disorders and some issues. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1321-1323.
- Andrén, S., & Elmståhl, S. (2005). Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: Aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(2), 157-168.
- Andrén, S., & Elmståhl, S. (2007). Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 435-446.
- Andrén, S., & Elmståhl, S. (2008). The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 790-799.

- Andrieu, S., Bocquet, H., Cantet, C., Grand, A., Balardy, L., Gillette-Guyonnet, S., et al. (2003). Informal caregiver's burden of Alzheimer's patients: Assessment and factors associated. *Revue de Medecine Interne*, 24(SUPPL. 3).
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in Caregiving: The Unexpected Career*. San Diego: Academic Press.
- Anglin, M. D., Almog, I. J., Fisher, D. G., & Peters, K. R. (1989). Alcohol use by heroin addicts: evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drug-free treatment samples. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15(2), 191-207.
- Anthenelli, R. M., Monteiro, M. G., Blunt, B., & Schuckit, M. A. (1991). Amnestic effects of intravenous diazepam in healthy young men. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(2), 129-136.
- Anthenelli, R. M., & Schuckit, M. A. (1991). Alcohol and cerebral depressants. In I. B. Glass (Ed.), *The International Handbook of Addictive Behavior* (pp. 57-63). London: Tavistock.
- Anthony-Bergstone, C. R., Zarit, S. H., & Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology & Aging*, 3(3), 245-248.
- APA (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1st ed.)*. Washington, DC: APA.
- APA (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: APA.
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: APA.
- APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed - rev.)*. Washington, DC: APA.
- APA (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- APA (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - texto revisto (4ª ed)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo-Soares, V. (1999). *Avaliação da eficácia de um programa de Intervenção Multimodal em pacientes com dor crónica*. Universidade do Minho, Braga.
- Argüelles, S., Loewenstein, D. A., Eisdorfer, C., & Argüelles, T. (2001). Caregivers' judgments of the functional abilities of the Alzheimer's disease patient: Impact of caregivers' depression and perceived burden. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14(2), 91-98.
- Arnett, P. A. (2007). Caregiver burden in multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78(10), 1041.

- Artaso, B., Goñi, A., & Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: Predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 38(4), 212-218.
- Arzi, N. B., Solomon, Z., & Dekel, R. (2000). Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: Distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury*, 14(8), 725-736.
- Ashley, M. J., Olin, J. S., Harding le Riche, W., Kornaczewski, A., Schmidt, W., Corey, P. N., et al. (1981). The physical disease characteristics of inpatient alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42(1), 1-14.
- Atienza, A. A., Collins, R., & King, A. C. (2001). The mediating effects of situational control on social support and mood following a stressor: A prospective study of dementia caregivers in their natural environments. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(3).
- Ausloos, G. (1996). *As Competências das Famílias. Tempo, Caos, Processo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *PharmacoEconomics*, 26(2), 149-162.
- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Al-Awadi, S. A., & Tawfiq, A. M. (2006). Diabetes Mellitus Patients' Family Caregivers' Subjective Quality of Life. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 727-736.
- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Gholoum, A., Khalid, A. O. A., Hamad, H. M. A., & Jacob, A. (2007). Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancers and their family caregivers: a controlled study. *BMC Cancer*, 7(102), 1-14.
- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Tawfiq, A. M., & Al-Awadi, S. A. (2006). Subjective Quality of Life of Outpatients with Diabetes: Comparison with Family Caregivers' Impressions and Control Group. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 737-745.
- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Tawfiq, A. M., & Salih, A. A. (2005). Subjective quality of life of community living Sudanese psychiatric patients: Comparison with family caregivers' impressions and control group. *Quality of Life Research*, 14(8), 1855-1867.
- Azevedo, O. (2007). *Configurações estruturais da família e coping familiar*. Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Bachmann, A. W., Sedgley, T. L., Jackson, R. V., Gibson, J. N., Young, R. M., & Torpy, D. J. (2005). Glucocorticoid receptor polymorphisms and post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 297-306.
- Baikie, E. (2002). The impact of dementia on marital relationships. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(3), 289-299.
- Baillie, V., Norbeck, J. S., & Barnes, L. E. (1988). Stress, social support, and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nursing Research*, 37(4), 217-222.
- Bakas, T., & Burgener, S. C. (2002). Predictors of emotional distress, general health, and caregiving outcomes in family caregivers of stroke survivors. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(1), 34-45.
- Bakas, T., Pressler, S. J., Johnson, E. A., Nauser, J. A., & Shaneyfelt, T. (2006). Family Caregiving in Heart Failure. *Nursing Research*, 55(3), 180-188.
- Bandeira, M., & Barroso, S. M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 34-46.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Baron, R. S. (1990). Social support and immune function among spouses of cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 344.
- Bartels, C., Kunert, H. J., Stawicki, S., Kröner-Herwig, B., Ehrenreich, H., & Krampe, H. (2007). Recovery of hippocampus-related functions in chronic alcoholics during monitored long-term abstinence. *Alcohol and Alcoholism*, 42(2), 92-102.
- Bassett, J. R., Marshall, P. M., & Spilane, R. (1987). The psychological measurement of acute stress (public speaking) in bank employees. *Psychophysiology*, 5, 265-273.
- Bastos, J. L. D., & Duquia, R. P. (2007). Medidas de dispersão: os valores estão próximos entre si ou variam muito? *Scientia Medica*, 17(1), 40-44.
- Bauer, M. E., Vedhara, K., Perks, P., Wilcock, G. K., Lightman, S. L., & Shanks, N. (2000). Chronic stress in caregivers of dementia patients is associated with reduced lymphocyte sensitivity to glucocorticoids. *Journal of Neuroimmunology*, 103(1), 84-92.
- Beauchamp, N., Irvine, A. B., Seeley, J., & Johnson, B. (2005). Worksite based internet multimedia program for family caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, 45(6), 793-801.

- Beazley, S., & Moore, M. (Eds.). (1995). *Deaf children, their families and professionals: Dismantling barriers*. London: David Culton.
- Bech, P. (1995). Quality of life measurement in the medical setting. *European Psychiatry*, 10(Supplement 3), 83s-85s.
- Beck, A. T., Streer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beckham, J. C., Lytle, B. L., & Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(5), 1068-1072.
- Bédard, M., Kuzik, R., Chambers, L., Molloy, D. W., Dubois, S., & Lever, J. A. (2005). Understanding burden differences between men and women caregivers: The contribution of care-recipient problem behaviors. *International Psychogeriatrics*, 17(1), 99-118.
- Bedi, U. S., & Arora, R. (2007). Cardiovascular manifestations of posttraumatic stress disorder. *Journal of the National Medical Association*, 99(6), 642-649.
- Beebe, A. (2008). Caregiver functioning as a predictor of special education utilization for a sample of Ohio children during the first year following traumatic brain injury. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 68(8-A), 419-4209.
- Beghi, E., Boglium, G., Cosso, P., Fiorelli, G., Lorini, C., Mandelli, M., et al. (1995). Stroke and alcohol intake in a hospital population. A case-control study. *Stroke*, 26(9), 1691-1696.
- Belasco, A. G., & Sesso, R. (2002). Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 39(4), 805-812.
- Benoit, J. C. (1997). *Tratamento das Perturbações Familiares*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bergman, U., Rosa, F. W., Baum, C., Wiholm, B. E., & Faich, G. A. (1992). Effects of exposure to benzodiazepine during fetal life. *Lancet*, 340(8821), 694-696.
- Berkman, L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social network and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social network, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berridge, V. (1977). Opium and the historical perspective. *Lancet*, 2(8028), 78-80.

- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (1990). *Handbook of Psychology of Aging* (3rd ed.). United Kingdom: Academic Press.
- Black, W., & Almeida, O. P. (2004). A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. *International Psychogeriatrics*, 16(3), 295-315.
- Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1997). *After the crash: assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bodnar, J. C., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1994). Caregiver depression after bereavement: Chronic stress isn't over when it's over. *Psychology & Aging*, 9(3), 372-380.
- Boerner, K., Horowitz, A., & Schulz, R. (2004). Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychology and Aging*, 19(4), 668-675.
- Borg, C., & Hallberg, I. R. (2006). Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(4), 427-438.
- Bourne, P. G., Rose, R. M., & Mason, J. W. (1968). 17-OHCS levels in combat. *Archives of General Psychiatry*, 19, 135-140.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Society Scientific Medicine* 41, 1447-1462.
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (Eds.). (2006). *SPSS for Psychologists* (3rd ed.). Hampshire, U.K.: Palgrave Macmillan.
- Branco, M. J., Nogueira, P., & Contreiras, T. (2005). *Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde (ONSA).
- Brandsma, J. M., & Pattison, E. M. (1985). The outcome of group psychotherapy alcoholics: an empirical review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11(1-2), 151-162.
- Brasil, V. R. (Ed.). (2004). *A recuperação da pessoa do dependente químico: o impacto no seu processo de mudança na família* (Vol. 1). São Paulo.
- Brazil, K., Bédard, M., & Willison, K. (2003). Bereavement Adjustment and Support among Caregivers. *Journal of Mental Health and Aging*, 9(3), 193-204.
- Breda, J., & Pinto, A. (1998). Estudo de casos e controlos de hábitos alimentares, estado nutricional e composição corporal de doentes alcoólicos crónicos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoolologia*, 11(4), 3-7.

- Bremner, D., Vythilingam, M., Anderson, G., Vermetten, E., McGlashan, T., Heninger, G., et al. (2003). Assessment of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis over 24-hour diurnal period and in response to neuroendocrine challenges in women with and without childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 54(7), 710-718.
- Bremner, D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Adil, J., Khan, S., Nazeer, A., et al. (2003). Cortisol response to a cognitive stress challenge in posttraumatic stress disorder (PTSD) related to childhood abuse. *Psychoneuroendocrinology*, 28(6), 733-750.
- Brett, E. (1996). The classification of posttraumatic stress disorder. In B. v. d. Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 117-128). New York: The Guilford Press.
- Brito, L. (2008). *Variáveis psicossociais na psoríase - um estudo com doentes e seus parceiros*. Universidade do Minho, Braga.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., & James, A. S. (1983). The epidemiologic evidence for relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Brocklehurst, J. C., Morris, P., Andrews, K., & Laycock, P. (1981). Social effects of stroke. *Social Science and Medicine*, 15, 35-39.
- Bruce, J. M., McQuiggan, M., Williams, V., Westervelt, H., & Tremont, G. (2008). Burden among spousal and child caregivers of patients with mild cognitive impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(4), 385-390.
- Buchholz, K., Schächinger, H., Wagner, M., Schorr, U., Sharma, A. M., & Deter, H. C. (2001). Enhanced affective startle modulation in salt-sensitive subjects. *Hypertension*, 38(6), 1325-1329.
- Budd, R. D. (1989). Cocaine abuse and violent death. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15(4), 375-382.
- Bukstein, O. G. (1995). *Adolescent substance abuse: Assessment, prevention, and treatment*. New York: Wiley & Sons.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 2(6), 451-459.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 39-63.

- Butler, G. K. L., & Montgomery, A. M. J. (2004). Impulsivity, risk taking and recreational "ecstasy" (MDMA) use. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 55-62.
- Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 205-212.
- Cameron, J. I., Cheung, A. M., Herridge, M. S., Tansey, C. M., & McAndrews, M. P. (2006). Well-being in informal caregivers of survivors of acute respiratory distress syndrome. *Critical Care Medicine*, 34(1), 81-86.
- Cami, J., Farré, M., González, M. L., Segura, J., & de la Torre, R. (1998). Cocaine metabolism in humans after use of alcohol. Clinical and research implications. *Recent Developments in Alcoholism*, 14, 437-455.
- Campos, P., & Soares, C. (2005). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista (Belo Horizonte)*, 11(18), 219-237.
- Canavarro, M. C. (1999a). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (1999b). *Relações afectivas e saúde mental - uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., & Gameiro, S. (2006). WHOQOL - versão para Português de Portugal. Retrieved Setembro 2006, from Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra:
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Pintassilgo, A. L., & Ferreira, A. (no prelo). Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do instrumento de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV). *Psicologia, Saúde & Doenças*.
- Canfield, R. H. (2002). The effect of physical activity on psychological and physiological outcomes in caregivers of relatives with dementia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63(2-B), 735.
- Canhão, A., & Santos, Z. (1996). Doença Crónica. *Psiquiatria Clínica*, 17(3), 181-188.
- Cardenas, V. (2006). The relationship between social support and depression among Latina and Caucasian dementia caregivers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66(7-B), 3942.

- Carson, M. A., Paulus, L. A., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Wolfe, J., Orr, S. P., et al. (2000). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder in Vietnam nurse veterans who witnessed injury or death. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 68*(5), 890-897.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (Eds.). (1980). *The Family Life Cycle: A framework for family therapy* (1st ed.). New York: Gardner.
- Caseras, X., Mataix-Cols, D., An, S. K., Lawrence, N. S., Speckens, A., Giampietro, V., et al. (2007). Sex differences in neural responses to disgusting visual stimuli: implications for disgust-related psychiatric disorders. *Biological Psychiatry, 62*(5), 464-471.
- Castellar, J. V. (2000). Las emociones. In J. V. Castellar (Ed.), *Una introducción a la Psicofisiología Clínica* (2ª ed.). Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Castro, C. M., Wilcox, S., O'Sullivan, P., Baumann, K., & King, A. C. (2002). An exercise program for women who are caring for relatives with dementia. *Psychosomatic Medicine, 64*(3), 458-468.
- Chadda, R. K., Singh, T. B., & Ganguly, K. K. (2007). Caregiver burden and coping: A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(11), 923-930.
- Chadiha, L. A., Rafferty, J., & Pickard, J. (2003). The influence of caregiving stressors, social support, and caregiving appraisal on marital functioning among African American wife caregivers. *Journal of marital and family therapy, 29*(4), 479-490.
- Chang, B. L., Brecht, M., & Carter, P. A. (2001a). Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women & Health, 33*(1-2), 39-61.
- Chang, B. L., Brecht, M. L., & Carter, P. A. (2001b). Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women and Health, 33*(1-2), 39-61.
- Chaplin, S. (1988). Benzodiazepine prescribing. *Lancet, 1*(8577), 120-121.
- Chappell, N. L., & Colin Reid, R. (2002). Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. *Gerontologist, 42*(6), 772-780.
- Charney, D. S., Deutch, A. Y., Krystal, J. H., Southwick, S. M., & Davis, M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Archives General Psychiatry, 50*(4), 295-305.
- Chen, C. K., Sabir, M., Zimmerman, S., Sutor, J., & Pillemer, K. (2007). The importance of family relationships with nursing facility staff for family caregiver burden and depression. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*(ISSN), 1079-5014.

- Chentsova-Dutton, Y., Shacter, S., Hutchin, S., Strause, L., Burns, K., Dunn, L., et al. (2002). Depression and grief reactions in hospice caregivers: From pre-death to 1 year afterwards. *Journal of Affective Disorders*, 69(1-3), 53-60.
- Chessick, C. A., Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Allen, M. H., Morris, C. D., et al. (2007). Current suicide ideation and prior suicide attempts of bipolar patients as influences on caregiver burden. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37(4), 482-491.
- Chew, M. L., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Lehman, M. E., Greenspan, A., Mahmoud, R. A., et al. (2008). Anticholinergic activity of 107 medications commonly used by older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(7), 1333-1341.
- Chiò, A., Gauthier, A., Calvo, A., Ghiglione, P., & Mutani, R. (2005). Caregiver burden and patients' perception of being a burden in ALS. *Neurology*, 64(10), 1780-1782.
- Chrousos, G. P., & Gold, P. S. (1999). The concepts of stress and stress systems disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA*, 267(9), 1244.
- Chubinski, S. D. (2008). Physical and emotional health among caregivers of heart failure patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(9-B), 0419-4217.
- Chun, M., Knight, B. G., & Youn, G. (2007). Differences in stress and coping models of emotional distress among Korean, Korean-American and White-American caregivers. *Aging & Mental Health*, 11(1), 20-29.
- Chwalisz, K. (1996). The Perceived Stress Model of Caregiver Burden: Evidence from spouses of persons with brain injuries. *Rehabilitation Psychology*, 41(2), 91-114.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 155, 620-624.
- Clow, A., Thorn, L., Evans, P., & Hucklebridge, F. (2004). The awakening cortisol response: methodological issues and significance. *Stress*, 7(1), 29-37.
- Cofrancesco, J. J., Scherzer, R., Tien, P. C., Gibert, C. L., Southwell, H., Sidney, S., et al. (2008). Illicit drug use and HIV treatment outcomes in a US cohort. *AIDS*, 22(3), 357-365.
- Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 184-188.
- Cohen, H., Benjamin, J., Geva, A. B., Matar, M. A., Kaplan, Z., & Kotler, M. (2000a). Autonomic dysregulation in panic disorder and in post-traumatic stress disorder: Application of power

- spectrum analysis of heart rate variability at rest and in response to recollection of trauma or panic attacks. *Psychiatry Research*, 96(1), 1-13.
- Cohen, H., Benjamin, J., Geva, A. B., Matar, M. A., Kaplan, Z., & Kotler, M. (2000b). Autonomic dysregulation in panic disorder and in post-traumatic stress disorder: application of power spectrum analysis of heart rate variability at rest and in response to recollection of trauma or panic attacks. *Psychiatry Research*, 96(1), 1-13.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S., & Aiken, L. (Eds.). (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavior sciences*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological Stress and Disease. *JAMA*, 298(14), 1685-1687.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1997). *Measuring Stress - A Guide for Health and Social Scientists*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (Eds.). (1995). *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Cohen, S., Underwood, S., & Gottlieb, B. (Eds.). (2000). *Social support measures and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cole, S. A., & Eamon, M. K. (2007). Predictors of depressive symptoms among foster caregivers. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 295-310.
- Collins, A. C., & deFiebre, C. M. (1990). A review of genetic influences on psychoactive substance use and abuse. In H. B. Milkman & L. I. Sederer (Eds.), *Treatment choices for alcoholism and substance abuse* (pp. 7-24). Massachusetts: Lexington Books.
- Combrink-Graham, L. (1985). A Developmental Model for Family Systems. *Family Process*, 24(2), 139-150.
- Conway, T. L. (1981). Occupational stress and variation in cigarette, coffee and alcohol consumption. *Journal of Health & Social Behavior*, 22, 155-165.
- Corrigan, M. C. (2002). *Distance education and dementia caregivers: A comparison of three methods*. Virginia Commonwealth University, Virginia.
- Costa, C. A. (2001). *Exposição coberta e consciente a imagens traumáticas, em veteranos de guerra com e sem Perturbação Pós-Stress Traumático*. Lisboa.

- Cousineau, N., McDowell, I., Hotz, S., & Hébert, P. (2003). Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale. *Medical care*, 41(1), 110-118.
- Covinsky, K. E., Eng, C., Lui, L. Y., Sands, L. P., Sehgal, A. R., Walter, L. C., et al. (2001). Reduced employment in caregivers of frail elders: Impact of ethnicity, patient clinical characteristics, and caregiver characteristics. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(11).
- Covinsky, K. E., Wood, J., Sands, L., Dane, K., Newcomer, R., Fox, P., et al. (2003). Patient and Caregiver Characteristics Associated with Depression in Caregivers of Patients with Dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1006-1014.
- Crabbe, J. C., McSwigan, J. D., & Belknap, J. K. (1985). The role of genetics in substance abuse. In M. Galizio & S. A. Maisto (Eds.), *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors* (pp. 13-64). New York: Plenum Press.
- Croog, S. H., Burleson, J. A., Sudilovsky, A., & Baume, R. M. (2006). Spouse caregivers of alzheimer patients: Problem responses to caregiver burden. *Aging & Mental Health*, 10(2), 87-100.
- Croog, S. H., Sudilovsky, A., Burleson, J. A., & Baume, R. M. (2001). Vulnerability of husband and wife caregivers of Alzheimer disease patients to caregiving stressors. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15(4), 201-210.
- Cullen, J. C., MacLeod, J. A., Williams, P. D., & Williams, A. R. (1991). Coping, satisfaction, and the life cycle in families with mentally retarded persons. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 14(3), 193-207.
- da Pena, E. (2002). Subjective experiences of daughters as caregivers of their frail elderly parent(s): An exploratory study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(3-B), 380.
- Daley, S. (2007). Review of Supporting the caregiving in dementia: A guide for health care professionals. *International Psychogeriatrics Special Issue: Focus on psychogeriatrics in the developing world*, 19(4), 795-796.
- Davis, J. D., & Tremont, G. (2007). Impact of Frontal Systems Behavioral Functioning in Dementia on Caregiver Burden. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 19(1), 43-49.
- Davis, L. L., Weaver, M., Zamrini, E., Stevens, A., Kang, D. H., & Parker Jr, C. R. (2004). Biopsychological markers of distress in informal caregivers. *Biological research for nursing*, 6(2), 90-99.

- de Bruijn, C., van den Brink, W., de Graaf, R., & Vollebergh, W. A. (2005). The craving withdrawal model for alcoholism: towards the DSM-V. Improving the discriminant validity of alcohol use disorder diagnosis. *Alcohol and Alcoholism*, 40(4), 314-322.
- de las Cuevas, C., Sanz, E., & de la Fuente, J. (2003). Benzodiazepines: more "behavioural" addiction than dependence. *Psychopharmacology*, 167(3), 297-303.
- de Souza, L. M., Wegner, W., & Coelho Gorini, M. I. (2007). Health education: a strategy of care for the lay caregiver. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 337-343.
- de Timary, P., Roy, E., Luminet, O., Fillée, C., & Mikolajczak, M. (2008). Relationship between alexithymia, alexithymia factors and salivary cortisol in men exposed to a social stress test. *Psychoneuroendocrinology*, 33(8), 1160-1164.
- De Vugt, M. E., Nicolson, N. A., Aalten, P., Lousberg, R., Jolle, J., & Verhey, F. R. J. (2005). Behavioral problems in dementia patients and salivary cortisol patterns in caregivers. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17(2), 201-207.
- de Vugt, M. E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., & Verhey, F. R. J. (2005). A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 17(4), 577-589.
- Dekel, R., & Solomon, Z. (2007). Secondary traumatization among wives of war veterans with PTSD. In C. R. Figley & W. P. Nash (Eds.), *Combat stress injury: Theory, research, and management* (Vol. New, pp. 137-157). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Dekel, R., Solomon, Z., & Bleich, A. (2005). Emotional distress and marital adjustment of caregivers: Contribution of level of impairment and appraised burden. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 18(1), 71-82.
- Delahanty, D. L., Raimonde, A. J., & Spoonster, E. (2000). Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Biological Psychiatry*, 48(9), 940-947.
- Demi, A., Bakeman, R., Moneyham, L., & Sowell, R. (1997). Effects of resources and stressors on burden and depression of family members who provide care to an HIV-infected woman. *Journal of Family Psychology*, 11(1), 35-48.
- Derogatis, L. R. (Ed.). (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (Ed.). (1977). *The SCL-R-90 Manual I: Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

- Derogatis, L. R. (Ed.). (1993). *BSI - Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual* (4th ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Deshauer, D., Duffy, A., Meaney, M., Sharma, S., & Grof, P. (2006). Salivary cortisol secretion in remitted bipolar patients and offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 8(4), 345-349.
- Dettenborn, L., Rosenloecher, F., & Kirschbaum, C. (2007). No effects of repeated forced wakings during three consecutive nights on morning cortisol awakening responses (CAR): A preliminary study. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8-10), 915-921.
- Dew, M. A., Myaskovsky, L., Dimartini, A. F., Switzer, G. E., Schulberg, H. C., & Kormos, R. L. (2004). Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients. *Psychological Medicine*, 34(6), 1065-1082.
- Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130(3), 355-391.
- Dierberger, A. E. (2007). Mediators of gender differences in the narrative disclosure task: Social support and unmitigated agency and communion. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(9-B), 0419-4217.
- Dodgen, C. E., & Shea, W. M. (2000). *Substance Use Disorders - Assessment and Treatment*. New York: Academic Press.
- Döhnert, M., Wilz, G., Adler, C., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2001). Relationship between salivary cortisol and well-being. A quantitative single case analysis on two caregivers of patients with dementia. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49(2), 140-165.
- Dörfel, D., Rabe, S., & Karl, A. (2008). Coping Strategies in Daily Life as Protective and Risk Factors for Post Traumatic Stress in Motor Vehicle Accident Survivors. *Journal of Loss and Trauma*, 13(5), 422.
- Doshi, J. A., Zuckerman, I. H., Picot, S. J., Jr, J. T. W., & Hill-Westmoreland, E. E. (2003). Antihypertensive Use and Adherence and Blood Pressure Stress Response Among Black Caregivers and Non-caregivers. *Applied Nursing Research*, 16(4), 266-277.
- Dowdell, E. B. (2004). Grandmother caregivers and caregiver burden. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(5), 299-304.
- Drago, V., Foster, P. S., Skidmore, F., Trifiletti, D., & Heilman, K. M. (2008). Spatial emotional akinesia in Parkinson disease. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 21(2), 92-97.

- Dreer, L. E., Elliott, T. R., Shewchuk, R., Berry, J. W., & Rivera, P. (2007). Family caregivers of persons with spinal cord injury: Predicting caregivers at risk for probable depression. *Rehabilitation Psychology, 52*(3), 351-357.
- Dru, V., & Cretenet, J. (2008). Influence of unilateral motor behaviors on the judgment of valenced stimuli. *Cortex, 44*(6), 717-727.
- Dufour, M. C., & Caces, M. F. (1993). Epidemiology of the medical consequences of alcohol. *Alcohol Health and Research World, 17*, 265-271.
- Edenberg, H. J. (2007). The genetics of alcohol metabolism: role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase variants. *Alcohol Research & Health, 30*(1), 5-13.
- Edwards, N. E., & Scheetz, P. S. (2002). Predictors of burden for caregivers of patients with Parkinson's disease. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses, 34*(4), 184-190.
- Ekwall, A. K., & Hallberg, I. R. (2007). The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing, 16*(5), 832-844.
- El-Sheikh, M. (1994). Children's emotional and physiological responses to interadult angry behavior: The role of history of interparental hostility. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*(6), 661-678.
- El-Sheikh, M., Erath, S. A., Buckhalt, J. A., Granger, D. A., & Mize, J. (2008). Cortisol and children's adjustment: the moderating role of sympathetic nervous system activity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(4), 601-611.
- El-Sheikh, M., Harger, J., & Whitson, S. M. (2001). Exposure to Interparental Conflict and Children's Adjustment and Physical Health: The Moderating Role of Vagal Tone. *Child Development, 72*(6), 1617-1636.
- Eldredge, D. H., Nail, L. M., Maziarz, R. T., Hansen, L. K., Ewing, D., & Archbold, P. G. (2006). Explaining Family Caregiver Role Strain Following Autologous Blood and Marrow Transplantation. *Journal of Psychosocial Oncology, 24*(3), 53-74.
- Elzinga, B. M., Schmahl, C. G., Vermetten, E., van Dyck, R., & Bremner, J. D. (2003). Higher Cortisol Levels Following Exposure to Traumatic Reminders in Abuse-Related PTSD. *Neuropsychopharmacology, 28*(9), 1656-1665.
- Ergh, T. C., Rapport, L. J., Coleman, R. D., & Hanks, R. A. (2002). Predictors of caregiver and family functioning following traumatic brain injury: Social support moderates caregiver distress. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 17*(2), 155-174.

- Ergh, T. C., Rapport, L. J., Hanks, R. A., & Coleman, R. D. (2003). Social Support Moderates Caregiver Life Satisfaction Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(8), 1090-1101.
- Essex, E. L., & Hong, J. (2005). Older caregiving parents: Division of household labor, marital satisfaction, and caregiver burden. *Family Relations*, 54(3), 448-460.
- Fan, A. Z., Russell, M., Naimi, T., Li, Y., Liao, Y., Jiles, R., et al. (2008). Patterns of alcohol consumption and the metabolic syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 93(10), 3833-3838.
- Faria, M. C. (1999). Escala de apoio social instrumental e expressivo - IESSS. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caíres (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI, pp. 125-135). Braga: APPORT.
- Feijão, F. (2008). *Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2006 - Consumo de Drogas e Outras Substâncias Psicoactivas: Uma Abordagem Integrada*. Instituto da Droga e Toxicodependência.
- Feldman, M. A., McDonald, L., Serbin, L., Stack, D., Secco, M. L., & Yu, C. T. (2007). Predictors of depressive symptoms in primary caregivers of young children with or at risk for developmental delay. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(8), 606-619.
- Felitti, V. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: turning gold into lead. *The Permanent Journal*, Winter (6).
- Fenix, J. B., Cherlin, E. J., Prigerson, H. G., Johnson-Hurzeler, R., Kasl, S. V., & Bradley, E. H. (2006). Religiousness and Major Depression Among Bereaved Family Caregivers: A 13-Month Follow-Up Study. *Journal of Palliative Care*, 22(4), 286-292.
- Fernandes, L., & Carvalho, M. C. (2003). *Consumos Problemáticos de Drogas em Populações Ocultas*. Lisboa: IDT.
- Fernandez, H. H., Tabamo, R. E. J., David, R. R., & Friedman, J. H. (2001). Predictors of depressive symptoms among spouse caregivers in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 16(6), 1123-1125.
- Ferri, C. P., & Ames, D. (2004). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in developing countries. *International Psychogeriatrics*, 16(4), 441-459.
- Ferros, L. (2003). Jovens, Drogas e Famílias - Uma breve revisão da literatura. *Toxicodependências*, 9(2), 71-83.

- Ferruzza, E., Sale, E., Mercuriali, E., & Boatto, E. E. (2006). Trauma between the past and the present. Psychopathological aspects in head injured patients' caregivers: A psychodynamic perspective. *Rivista di Psichiatria*, 41(1), 16-25.
- Flaskerud, J. H., & Lee, P. (2001). Vulnerability to health problems in female informal caregivers of persons with HIV/AIDS and age-related dementias. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 60-68.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 33-38.
- Fleming, M. (2001). *Família e Toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Franzén-Dahlin, Å., Larson, J., Murray, V., Wredling, R., & Billing, E. (2007). Predictors of psychological health in spouses of persons affected by stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 885-891.
- Frezza, M., di Padova, C., Pozzato, G., Terpin, M., Baraona, E., & Lieber, C. S. (1990). High blood alcohol levels in women. The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *New England Journal of Medicine*, 322(2), 95-99.
- Friedenreich, C. M., Howe, G. R., Miller, A. B., & Jain, M. G. (1993). A cohort study of alcohol consumption and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 137(5), 512-520.
- Fukahori, H., Sugai, Y., Mizuno, Y., Matsui, N., & Sugishita, C. (2005). Mental health and related factors with family caregivers for elderly in special-care nursing homes for the aged. [*Nippon koshu eisei zasshi*] *Japanese journal of public health*, 52(5), 399-410.
- Fukuzuka, K. (2000). Glucocorticoid-induced, caspase-dependent organ apoptosis early after burn injury. *American Journal Physiology*, 278(4), 1005.
- Gallagher, D., Wrabetz, A., Lovett, S., Del Maestro, S., & Rose, J. (1989). Depression and Other Negative Affects in the Family Caregivers. In E. Light & B. Lebowitz (Eds.), *Alzheimer's Disease Treatment and Family Stress: Directions for Research*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

- Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression & Violent Behavior, 9*(5), 477-501.
- Gameiro, J. (1994). *Quem sai aos seus....* Porto: Afrontamento.
- Garand, L., Eazor, L. R., Dew, M. A., DeKosky, S. T., & Reynolds Iii, C. F. (2005). Caregiving burden and psychiatric morbidity in spouses of persons with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(6), 512-522.
- Garrat, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal, 324*, 1417-1419.
- Garro, A. J., Espina, N., McBeth, D., Wang, S. L., & Wu-Wang, C. Y. (1992). Effects of alcohol consumption on DNA methylation reactions and gene expression: implications for increased cancer risk. *European Journal of Cancer Prevention, 1*(Suppl 3), 19-23.
- Gatz, M., Bengtson, V. L., & Blum, M. J. (1990). Caregiving Families. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Psychology of Aging* (3rd ed., pp. 404-426). United Kingdom: Academic Press.
- Gauthier, S., Loft, H., & Cummings, J. (2008). Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: A pooled data analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(5), 537-545.
- Gaziano, J. M., Buring, J. E., Breslow, J. L., Goldhaber, S. Z., Rosner, B., VanDenburgh, M., et al. (1993). Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine, 329*(25), 1829-1834.
- George, L. K., & Gwynter, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist, 26*, 253-259.
- Gershon, S., & Eison, A. S. (1983). Anxiolytic profiles. *Journal of Clinical Psychiatry, 44*(11 Pt 2), 45-57.
- Gideon, C. A. (2007). Social environments of dementia caregivers: Relationships between social support, negative social interactions, and caregiver emotional distress. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67*(7-B), 0419-4217.

- Gideon, C. A. (2007). Social environments of dementia caregivers: Relationships between social support, negative social interactions, and caregiver emotional distress. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(7-B), 4103.
- Gilbar, O., & Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1010-1018.
- Gill, T. M., Alvan, M. D., & Feinstein, M. D. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, 272, 619-626.
- Gilley, D. W., McCann, J. J., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2005). Caregiver psychological adjustment and institutionalization of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Aging and Health*, 17(2), 172-189.
- Gilman, J. M., & Hommer, D. W. (2008). Modulation of brain response to emotional images by alcohol cues in alcohol-dependent patients. *Addiction Biology*, 13(3-4), 423-434.
- Given, B. A., & Given, C. W. (1991). Family caregiving for the elderly. *Annual review of nursing research*, 9, 77-101.
- Given, C. W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Franklin, S. (1992). The Caregiver Reaction Assessment (CRA) caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing & Health*, 15, 271-283.
- Glanz, J., Grant, B., Monteiro, M. G., & Tabakoff, B. (2002). WHO/ISBRA Study on State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence: analysis of demographic, behavioral, physiologic, and drinking variables that contribute to dependence and seeking treatment. International Society on Biomedical Research on Alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(7), 1047-1061.
- Glaser, R. (1992). Stress induced modulation of the immune response to recombinant hepatitis B vaccine. *Psychosomatic Medicine*, 54, 22.
- Glassman, A. H. (1998). Cardiovascular effects of antidepressant drugs: updated. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl15), 13-18.
- Glover, D. A., & Poland, R. E. (2002). Urinary cortisol and catecholamines in mothers of child cancer survivors with and without PTSD. *Psychoneuroendocrinology*, 27(7), 805-819.
- Goldman, L. S., & Luchins, D. J. (1984). Depression in spouses of demented patients. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1467-1468.

- Goldstein, N. E., Concato, J., Fried, T. R., Kasl, S. V., Bradley, E. H., & Johnson-Hurzeler, R. (2004). Factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer. *Journal of Palliative Care*, 20(1), 38-43.
- Gómez-Ramos, M. J., & González-Valverde, F. M. (2004). Caregivers of dementia patients: Application of the Caregiver Burden Scale. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 39(3), 154-159.
- Gonyea, J. G., O'Connor, M., Carruth, A., & Boyle, P. A. (2005). Subjective appraisal of Alzheimer's disease caregiving: The role of self-efficacy and depressive symptoms in the experience of burden. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 20(5), 273-280.
- González, S., Steinglass, P., & Reiss, D. (1989). Putting the illness in its place: Discussion groups for families with chronic medical illness. *Family Process*, 28, 69-87.
- Goodyer, I. M. (Ed.). (2006). *The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Cortisol, DHEA, and Psychopathology*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Goossens, P. J. J., van Wijngaarden, B., Knoppert-van der Klein, E. A. M., & van Achterberg, T. R. (2008). Family caregiving in bipolar disorder: Caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 303-316.
- Gordon, P. A., & Perrone, K. M. (2004). When spouses become caregivers: Counseling implications for younger couples. *Journal of Rehabilitation*, 70(2), 27-32.
- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., & Strang, J. (1994). Cocaine: patterns of use, route of administration, and severity of dependence. *British Journal of Psychiatry*, 164(5), 660-664.
- Gottheil, E., McLellan, A. T., & Druley, K. A. (1992). Length of stay, patient severity and treatment outcome: sample data from the field of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(1), 69-75.
- Grant, I., Adler, K. A., Patterson, T. L., Dimsdale, J. E., Ziegler, M. G., & Irwin, M. R. (2002). Health consequences of Alzheimer's caregiving transitions: Effects of placement and bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 477-486.
- Grant, I., McKibbin, C. L., Taylor, M. J., Mills, P., Dimsdale, J., Ziegler, M., et al. (2003). In-home respite intervention reduces plasma epinephrine in stressed Alzheimer caregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 62-72.
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Giger, J. N., & Bartolucci, A. A. (2001). Social problem-solving abilities, social support, and adjustment among family caregivers of individuals with a stroke. *Rehabilitation Psychology*, 46(1), 44-57.

- Grant, J. S., Weaver, M., Elliott, T. R., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2004). Family Caregivers of Stroke Survivors: Characteristics of Caregivers at Risk for Depression. *Rehabilitation Psychology, 49*(2), 172-179.
- Green, S. E. (2007). "We're tired, not sad": Benefits and burdens of mothering a child with a disability. *Social Science & Medicine, 64*(1), 150-163.
- Greenberg, P. E., & Birnbaum, H. G. (2005). The economic burden of depression in the US: Societal and patient perspectives. *Expert Opinion on Pharmacotherapy, 6*(3), 369-376.
- Greenblatt, D. J., Harmatz, J. S., Zinny, M. A., & Shader, R. I. (1987). Effect of gradual withdrawal on the rebound sleep disorder after discontinuation of triazolam. *New England Journal of Medicine, 317*(12), 722-728.
- Griffin, M. L., Weiss, R. D., Mirin, S. M., & Lange, U. (1989). A comparison of male and female cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry, 46*(2), 122-126.
- Gross, R., Brammli-Greenberg, S., & Bentur, N. (2003). Women Caring for Disabled Parents and Other Relatives: Implications for Social Workers in the Health Services. *Social Work in Health Care, 37*(4), 19-37.
- Grov, E. K., Fosså, S. D., Sorebo, O., & Dahl, A. A. (2006). Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Social Science & Medicine, 63*(9), 2429-2439.
- Grov, E. K., Fosså, S. D., Tonnessen, A., & Dahl, A. A. (2006). The Caregiver Reaction Assessment: Psychometrics, and Temporal Stability in Primary Caregivers of Norwegian Cancer Patients in Late Palliative Phase. *Psycho-Oncology, 15*(6), 517-527.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Clinch, J., Viola, R., Coristine, M., Janz, T., et al. (2004). Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal, 170*(12), 1795-1801.
- Gupta, C., Yaffe, S. J., & Shapiro, B. H. (1982). Prenatal exposure to phenobarbital permanently decreases testosterone and causes reproductive dysfunction. *Science, 216*(4546), 640-642.
- Gupta, S., Hawker, G. A., Laporte, A., Coyte, P. C., & Croxford, R. (2005). The economic burden of disabling hip and knee osteoarthritis (OA) from the perspective of individuals living with this condition. *Rheumatology, 44*(12), 1531-1537.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine, 118*(8), 622-629.

- Haley, W. E., Brown, S. L., & Levine, E. G. (1987). Experimental evaluation of the effectiveness of group intervention for dementia caregivers. *The Gerontologist*, 27, 377-383.
- Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2), 215-224.
- Hamid, A., & Kaur, J. (2007). Decreased expression of transporters reduces folate uptake across renal absorptive surfaces in experimental alcoholism. *Journal of Membrane Biology*, 220(1-3), 69-77.
- Hämmerling, E., & Wendel, C. (2006). Quality of Partner Relationship in Chronically Brain-Injured Individuals. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 17(2), 113-121.
- Hanks, R. A., Rapport, L. J., & Vangel, S. (2007). Caregiving appraisal after traumatic brain injury: The effects of functional status, coping style, social support and family functioning. *NeuroRehabilitation*, 22(1), 43-52.
- Hanlon, T. E., Nurco, D. N., Kinlock, T. W., & Duszynski, K. R. (1990). Trends in criminal activity and drug use over an addiction career. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16(3-4), 223-238.
- Hansell, P. S., Hughes, C. B., Caliendo, G., Russo, P., Budin, W. C., Hartman, B., et al. (1998). The Effect of a Social Support Boosting Intervention on Stress, Coping, and Social Support in Caregivers of Children With HIV/AIDS. *Nursing Research*, 47(2), 79-86.
- Harris, J. K. J., Godfrey, H. P. D., Partridge, F. M., & Knight, R. G. (2001). Caregiver depression following traumatic brain injury (TBI): A consequence of adverse effects on family members? *Brain Injury*, 15(3), 223-238.
- Hart, T. M., O'Neil-Pirozzi, T. M., Williams, K. D., Rehabilitation, V., Rapport, L. J., Hammond, F., et al. (2007). Racial differences in caregiving patterns, caregiver emotional function, and sources of emotional support following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation Special Issue: Cultural issues related to TBI: Recent research and new frontiers*, 22(2), 122-131.
- Hartzler, B., & Fromme, K. (2003). Fragmentary blackouts: their etiology and effect on alcohol expectancies. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27(4), 628-637.
- Harvey, P. D., & Yehuda, R. (1999). Strategies to study risk for the development of PTSD. In R. Yehuda (Ed.), *Risk factors for posttraumatic stress disorder* (pp. 1-22). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Hatfield, A. B. (1997). Families of adults with severe mental illness: new directions in research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2), 254-260.
- Hawk, L. W., Dougall, A. L., Ursano, R. J., & Baum, A. (2000). Urinary catecholamines and cortisol in recent-onset posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Psychosomatic Medicine*, 62, 423-434.
- Hazif-Thomas, C., Bouché, C., Clément, J. P., & Thomas, P. (2003). Demented patients' aberrant motor comportment on burden of care of home natural caregiver. The PIXEL study. *Annales Medico-Psychologiques*, 161(9), 666-673.
- Heim, C., Ehler, U., & Hellhammer, D. H. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 1-35.
- Heinzel, A., Bermpohl, F., Niese, R., Pfennig, A., Pascual-Leone, A., Schlaug, G., et al. (2005). How do we modulate our emotions? Parametric fMRI reveals cortical midline structures as regions specifically involved in the processing of emotional valences. *Cognitive Brain Research*, 25(1), 348-358.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., Taylor, J. R., Carey, K., Miller, R. H., Combs-Orme, T., et al. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *New England Journal of Medicine*, 312(26), 1678-1682.
- Hendrickson, D. B. (2002). Caring for the elderly: The Relationships Between Informal and Formal Caregivers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63 (12-A), 4492.
- Heponiemi, T., Ravaja, N., Elovainio, M., & Keltikangas-Järvinen, L. (2007). Relationships between hostility, affective ratings of pictures, and state affects during task-induced stress. *The Journal of Psychology*, 141(2), 183-201.
- Herrmann, M. J., Huter, T., Plicht, M. M., Ehlis, A.-C., Alpers, G. W., Mühlberger, A., et al. (2008). Enhancement of activity of the primary visual cortex during processing of emotional stimuli as measured with event-related functional near-infrared spectroscopy and event-related potentials. *Human Brain Mapping*, 29(1), 28-35.
- Heru, A. M., Iqbal, A., & Ryan, C. E. (2004). Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), 533-537.
- Heru, A. M., & Ryan, C. E. (2004). Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-Year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 221-225.

- Heru, A. M., & Ryan, C. E. (2006). Family Functioning in the Caregivers of Patients with Dementia: One-Year Follow-up. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(3), 222-231.
- Hilgeman, M. M., Allen, R. S., DeCoster, J., & Burgio, L. D. (2007). Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months. *Psychology and Aging*, 22(2), 361-371.
- Hoffman-Goetz, L., & Zajchowski, S. (1999). In vitro apoptosis of lymphocytes after exposure to levels of corticosterone observed following submaximal exercise. *Journal of Sports, Medicine, Physiology and Fitness*, 39(4), 269.
- Hopper, J. W., Spinazzola, J., Simpson, W. B., & van der Kolk, B. A. (2006). Preliminary evidence of parasympathetic influence on basal heart rate in posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(1), 83-90.
- Hser, Y. I., Anglin, D., & Powers, K. (1993). A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Archives General Psychiatry*, 50(7), 577-584.
- Huang, C.-Y. I., Musil, C. M., Zauszniewski, J. A., & Wykle, M. L. (2006). Effects of Social Support and Coping of Family Caregivers of Older Adults with Dementia in Taiwan. *International Journal of Aging & Human Development*, 63(1), 1-25.
- Huang, C. L., Yang, Y. K., Chen, M., Lee, I. H., Yeh, T. L., & Yang, M. J. (2003). Patient- and family-rated scale for bipolar disorder symptoms: Internal state scale. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 19(4), 170-176.
- Hudson, P. L., Hayman-White, K., Aranda, S., & Kristjanson, L. J. (2006). Predicting Family Caregiver Psychosocial Functioning in Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 22(3), 133-140.
- Hugdahl, K. (1998). *Psychophysiology - The Mind-Body Perspective*. USA: Harvard University Press.
- Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese, V., Buccino, G., Mazziotta, J. C., & Rizzolatti, G. (2005). Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLoS Biology*, 3(3), 79.
- IDT (2004a). *Relatório Anual 2004 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - Atividades Desenvolvidas*. Lisboa: IDT.
- IDT (2004b). *Relatório Anual 2004 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - Informação Estatística*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- IDT (2007). *Relatório Anual 2006 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: IDT.

- Irwin, M. (1999). Immune correlates of depression. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 461, 1.
- Irwin, M., Hauger, R., Patterson, T. L., Semple, S., Ziegler, M., & Grant, I. (1997). Alzheimer caregiver stress: Basal natural killer cell activity, pituitary-adrenal cortical function, and sympathetic tone. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 83-90.
- Ishizaki, Y., & Nakane, Y. (2004). A survey of patients with mental disorder and their caregivers using the World Health Organization quality of life instrument. *Acta Medica Nagasakiensia*, 49(4), 143-147.
- Jacobi, C. E., Rupp, I., van den Bos, G. A. M., van den Berg, B., Boshuizen, H. C., & Dinant, H. J. (2003). Dimension-specific burden of caregiving among partners of rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology*, 42(10), 1226-1233.
- Jaffe, J. H. (1990). Drug addiction and drug abuse. In A. G. Gilman, T. W. Rall, A. S. Nies & P. Taylor (Eds.), *The pharmacological basis of therapeutics* (8th ed., pp. 523-573). New York: McGraw-Hill.
- Jayaro, C., de la Vega, I., Díaz-Marsá, M., Montes, A., & Carrasco, J. L. (2008). The use of the International Affective Picture System for the study of affective dysregulation in mental disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(3), 177-182.
- Jaycox, L. H., & Foa, E. B. (1998). Post-traumatic stress disorder. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology*. New York: Elsevier Science.
- Jiao, J. Y., & Feng, Y. H. (2005). Quality of life and related factors in primary caregivers of stroke patients. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 9(17), 163-165.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 299-328.
- Jungbauer, J., & Angermeyer, M. C. (2002). Living with a schizophrenic patient: A comparative study of burden as it affects parents and spouses. *Psychiatry*, 65(2), 110-123.
- Jungbauer, J., Mory, C., & Angermeyer, M. C. (2002). Financial burden on caregivers of schizophrenic patients: A comparison between parents and spouses - Part II: Qualitative aspects. *Psychiatrische Praxis*, 29(4), 181-185.
- Kalra, H., Kamath, P., Trivedi, J. K., & Janca, A. (2008). Caregiver burden in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 70-73.
- Kaminer, Y. (1994). *Adolescent substance abuse: A comprehensive guide to theory and practice*. New York: Plenum Press.

- Kashiwa, Y., Kitabayashi, Y., Narumoto, J., Nakamura, K., Ueda, H., & Fukui, K. (2005). Anosognosia in Alzheimer's disease: Association with patient characteristics, psychiatric symptoms and cognitive deficits. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(6), 697-704.
- Katschnig, H. (1997). How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 3-16). New York: Wiley.
- Kaufmann, E. F. (1989). Family therapy in substance abuse treatment (psychoactive substance use disorders - not alcoholic). In A. P. Association (Ed.), *Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force* (pp. 1397-1416). Washington.
- Kendler, K., & Prescott, C. (1998). Cocaine use, abuse and dependence in a population based sample of female twins. *British Journal of Psychiatry*, 173, 345-350.
- Khan, F., Pallant, J., & Brand, C. (2007). Caregiver strain and factors associated with caregiver self-efficacy and quality of life in a community cohort with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 29(16), 1241-1250.
- Kiecolt-Glaser, J. K. (1987). Chronic stress and immune function in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosomatic Medicine*, 45(5), 523.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Atkinson, C., Malarkey, W. B., Glaser, R., Preacher, K. J., & MacCallum, R. C. (2003). Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(15), 9090-9095.
- King, A. C., Baumann, K., O'Sullivan, P., Wilcox, S., & Castro, C. (2002). Effects of moderate-intensity exercise on physiological, behavioral, and emotional responses to family caregiving: A randomized controlled trial. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(1).
- King, A. C., Oka, R. K., & Young, D. R. (1994). Ambulatory blood pressure and heart rate responses to the stress of work and caregiving in older women. *Journal of Gerontology*, 49, 239-245.
- King, R. B., Roth, E. J., Heinemann, A. W., Carlson, C. E., Shade-Zeldow, Y., & Bares, K. K. (2001). Transition to home care after stroke: Depression, physical health, and adaptive processes in support persons. *Research in Nursing and Health*, 24(4), 307-323.
- King, R. B., Shade-Zeldow, Y., Carlson, C. E., Feldman, J. L., & Philip, M. (2002). Adaptation to stroke: A longitudinal study of depressive symptoms, physical health, and coping process. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(1), 46-66.

- Kinsella, G. J., Cooper, B., Picton, C., & Murtagh, D. (1998). A Review of the Measurement of Caregiver and Family Burden in Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 14(2), 37-45.
- Kirschbaum, C., & Hellhammer, D. H. (1989). Salivary cortisol in psychobiological research: An overview. *Neuropsychobiology*, 22, 150-169.
- Kirschbaum, C., Kudielka, B. M., Gaab, J., Schommer, N. C., & Hellhammer, D. H. (1999). Impact of gender, menstrual cycle phase, and oral contraceptives on the activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Psychosomatic Medicine*, 61(2), 154-162.
- Kirschbaum, C., Pirke, K. M., & Hellhammer, D. H. (1995). Preliminary evidence for reduced cortisol responsivity to psychological stress in women using oral contraceptive medication. *Psychoneuroendocrinology*, 20(5), 509-514.
- Klassen, A. F., Lee, S. K., Lisonkova, S., & Raina, P. (2004). Psychological health of family caregivers of children admitted at birth to a NICU and healthy children: A population-based cross-sectional survey. *BMC Pediatrics*, 4.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., Rounsaville, B. J., George, T. P., Strain, E. C., et al. (2006). Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*, 163(8 Suppl), 5-82.
- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Supl 1), 31-36.
- Knight, B. G., & McCallum, T. J. (1998). Heart rate reactivity and depression in African-American and white dementia caregivers: Reporting bias or positive coping? *Aging & Mental Health*, 2(3), 212-221.
- Kochar, J., Fredman, L., Stone, K. L., & Cauley, J. A. (2007). Sleep problems in elderly women caregivers depend on the level of depressive symptoms: Results of the caregiver-study of osteoporotic fractures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(12), 2003-2009.
- Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., & Kleber, H. D. (1986). A 2.5-year follow-up of depression, life crises, and treatment effects on abstinence among opioid addicts. *Archives General Psychiatry*, 43(8), 733-738.
- Koukia, E., & Madianos, M. G. (2005). Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(4), 415-422.

- Kudielka, B. M., & Kirschbaum, C. (2003). Awakening cortisol responses are influenced by health status and awakening time but not by menstrual cycle phase. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 35-47.
- Kudielka, B. M., & Wüst, S. (2008). The cortisol awakening response (CAR): a useful tool for ambulant assessment of hypothalamus-pituitary- adrenal (HPA) axis activity. In F. Columbus (Ed.), *Progress in circadian rhythm research*. New York: Nova Science Publishers Inc.
- Kwan, T. (2000). Quality of life in family caregivers of persons with schizophrenia. *Dissertation Abstracts International*, 61(8-B), 4078.
- La Parra, D. (2001). Contribution of women and low-income households to the provision of informal home healthcare. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 15(6), 498-505.
- Labbé, E. E., Lopez, I., Murphy, L., & O'Brien, C. (2002). Optimism and psychosocial functioning in caring for children with battens and other neurological diseases. *Psychological Reports*, 90(3 PART 2), 1129-1135.
- Lader, M. (1987). Assessing the potential for buspirone dependence or abuse and effects of its withdrawal. *American Journal of Medicine*, 82(5A), 20-26.
- Ladewig, D. (1992). Epidemiology of benzodiazepine dependence. *Clinical Neuropharmacology*, 15(Suppl 1 Pt A), 104A-105A.
- Lai, K. L., Tzeng, R. J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L., & Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research*, 14(4), 1169-1180.
- Laitinen, K., Lamberg-Allardt, C., Tunninen, R., Karonen, S. L., Tähtelä, R., Ylikahri, R., et al. (1991). Transient hypoparathyroidism during acute alcohol intoxication. *New England Journal of Medicine*, 324(11), 721-727.
- Lam, P. K. C., Naar-King, S., & Wright, K. (2007). Social Support and Disclosure as Predictors of Mental Health in HIV-Positive Youth. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(1), 20-29.
- Land, H., & Hudson, S. (2002). HIV serostatus and factors related to physical and mental well-being in Latina family AIDS caregivers. *Social Science and Medicine*, 54(1), 147-159.
- Land, H., & Hudson, S. M. (2004). Stress, coping, and depressive symptomatology in Latina and Anglo aids caregivers. *Psychology and Health*, 19(5), 643-666.
- Land, H., Stiefe, B., & Hudson, S. M. (2003). Stress and depression among HIV-positive and HIV-negative gay and bisexual AIDS caregivers. *AIDS and Behavior*, 7(1), 41-53.

- Landry-Meyer, L., Gerard, J. M., & Guzell, J. R. (2005). Caregiver Stress Among Grandparents Raising Grandchildren: The Functional Role of Social Support. *Marriage & Family Review*, 37(1-2), 171-190.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8(5), 862-886.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512.
- Lang, P. J. (1980). Behavioral treatment and biobehavioral assessment: computer applications. In J. B. Sidowski, J. H. Johnson & T. A. Williams (Eds.), *Technology in mental health care delivery systems* (pp. 119-137). Norwood, NJ: Ablex.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (2005). *The International Affective Picture System (IAPS): Digitalized photographs, instruction manual and affective ratings*. (Technical Report A-6). Gainesville, FL: University of Florida.
- Lang, P. J., Kozak, M. J., Miller, G. A., Levin, D. N., & McLean, A. (1980). Emotional imagery: Conceptual structure and pattern of somato-visceral response. *Psychophysiology*, 17(2), 179-192.
- Lang, P. J., & McTeague, L. M. (2009). The anxiety disorder spectrum: fear imagery, physiological reactivity, and differential diagnosis. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(1), 5-25.
- Lang, P. J., Ohman, A., & Vaitl, D. (1988). The International Affective Picture System (photographic slides). Gainesville, FL: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.
- Lau, Y. S., & Meredith, G. E. (2003). From drugs of abuse to parkinsonism. The MPTP mouse model of Parkinson's disease. *Methods in Molecular Medicine*, 79, 103-116.
- Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbühl, P., Keller, C., & Rössler, W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18(6), 285-289.
- Leblanc, C. L. (2003). An examination of the stress process model: Spousal caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(10-B), 4910.
- Leder, S., Grinstead, L., & Torres, E. (2007). Grandparents raising grandchildren: Stressors, social support, and health outcomes. *Journal of Family Nursing*, 13(3), 333-352.
- Lee, B. T., Cho, S. W., Khang, H. S., Lee, B. C., Choi, I. G., Lyoo, I. K., et al. (2007). The neural substrates of affective processing toward positive and negative affective pictures in patients

- with major depressive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31(7), 1487-1492.
- Lee, M. D.-E., Yoon, E., & Kropf, N. P. (2007). Factors affecting burden of South Koreans providing care to disabled older family members. *International Journal of Aging & Human Development*, 64(3), 245-262.
- Lehnert, H., Beyer, J., & Walger, P. (1989). Salivary cortisol in normal men. In Weiner, I. Florin & D. H. Hellhammer (Eds.), *Frontiers in stress research* (pp. 392-394). Toronto: Huber.
- Lemieux, A. M., & Coe, C. L. (1995). Abuse-related posttraumatic stress disorder: Evidence for chronic neuroendocrine activation in women. *Psychosomatic Medicine*, 57, 105-115.
- Leplège, A., & Rude, N. (1995). The importance of patient's own view about their quality of life. *AIDS*, 9, 1108-1109.
- Levin, D. N., Cook, E. W., & Lang, P. J. (1982). Fear imagery and fear behavior: Psychophysiological analysis of clients receiving treatment for anxiety disorders. *Psychophysiology*, 19, 571-572.
- Levy, D. T., Miller, T. R., Mallonee, S., Spicer, R. S., Romano, E. O., Fisher, D. A., et al. (2002). Blood alcohol content (BAC)-negative victims in alcohol-involved injury incidents. *Addiction*, 97(7), 909-914.
- Lezak, M. D. (1978). Living with the characterologically altered brain injured patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 38, 592-598.
- Li, L., Young, D., Xiao, S., Zhou, X., & Zhou, L. (2004). Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(7), 493-502.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25.
- Lindauer, R. T., van Meijel, E. P., Jalink, M., Olff, M., Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (2006). Heart rate responsivity to script-driven imagery in posttraumatic stress disorder: specificity of response and effects of psychotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 33-40.
- Livingston, I. L. (1994). *Handbook of black American health: The mosaic of conditions, issues, policies, and prospects*. Westport: Greenwood Press.
- LoboPrabhu, S., Molinari, V., & Lomax, J. (Eds.). (2006). *Supporting the caregiver in dementia: A guide for health care professionals*. Baltimore, MD, US; Johns Hopkins University Press.

- Loukissa, A. D. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 248-255.
- Lovett, S., & Gallagher, D. (1988). Psychoeducational interventions for family caregivers: Preliminary efficacy data. *Behavior Therapy*, 19, 321-330.
- Lulé, D., Kurt, A., Jürgens, R., Kassubek, J., Diekmann, V., Kraft, E., et al. (2005). Emotional responding in amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Neurology*, 252(12), 1517-1524.
- Maes, M., Calabrese, J., & Meltzer, H. Y. (1994). The relevance of the in- versus outpatient status for studies on HPA-axis in depression: spontaneous hypercortisolism is a feature of major depressed inpatients and not of major depression per se. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 18, 503-517.
- Maes, M., Lin, A., Bonaccorso, S., Van Hunsel, F., & Van Gastel, A. (1998). Increased 24-hour urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder and patients with major depression, but not in patients with fibromyalgia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 998, 328-335.
- Magaña, S. M., García, J. I. R., Hernández, M. G., & Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378-384.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., et al. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35(3), 109-115.
- Magliano, L., Fadden, G., Fiorillo, A., Malangone, C., Sorrentino, D., Robinson, A., et al. (1999). Family burden and coping strategies in schizophrenia: Are key relatives really different to other relatives? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 10-15.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M., Aletti, A., et al. (2004). Burden, attitudes and social support in the families of patients with long-term physical diseases. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 13(4), 255-261.
- Mahoney, J. J., Kalechstein, A. D., De La Garza, R., & Newton, T. F. (2008). Presence and persistence of psychotic symptoms in cocaine- versus methamphetamine-dependent participants. *American Journal on Addictions*, 17(2), 83-98.
- Maia, Â. (2004). *Trauma, PTSD e saúde*. Paper presented at the CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO, Leiria.

- Maier, W., Lichtermann, D., & Minges, J. (1994). The relationship between alcoholism and unipolar depression—a controlled family study. *Journal of Psychiatric Research*, 28(3), 303-317.
- Maillot, F., Farad, S., & Lamisse, F. (2001). Alcohol and nutrition. *Pathologie-Biologie*, 49(9), 683-688.
- Majerovitz, S. D. (2001). Formal versus informal support: Stress buffering among dementia caregivers. *Journal of Mental Health and Aging*, 7(4), 413-423.
- Majerovitz, S. D. (2007). Predictors of burden and depression among nursing home family caregivers. *Aging & Mental Health*, 11(3), 323-329.
- Mäki, T., Toivonen, L., Koskinen, P., Näveri, H., Härkönen, M., & Leinonen, H. (1998). Effect of ethanol drinking, hangover, and exercise on adrenergic activity and heart rate variability in patients with a history of alcohol-induced atrial fibrillation. *American Journal of Cardiology*, 82(3), 317-322.
- Mann, K., Mundle, G., Längle, G., & Petersen, D. (1993). The reversibility of alcoholic brain damage is not due to rehydration: a CT study. *Addiction*, 88(5), 649-653.
- Mares, S., & Jureidini, J. (2004). Psychiatric assessment of children and families in immigration detention - Clinical, administrative and ethical issues. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28(6), 520-526.
- Marinheiro, P. P. (2007). Validação do questionário da qualidade de vida da pessoa encarregada da criança com asma – (PACQLQ). *Referência*, 11(5), 77-88.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., & Sleight, J. W. (2002). Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(4), 434-447.
- Martens, L., & Addington, J. (2001). The psychological wellbeing of family members of individual with schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*(36), 128-133.
- Martin, S. C., Wolters, P. L., Klaas, P. A., Perez, L., & Wood, L. V. (2004). Coping styles among families of children with HIV infection. *AIDS Care*, 16, 283-292.
- Martinez, S. (2007). Is love and patience enough? A comparison of Mexican-American family caregivers' experiences with behavioral problems exhibited by relatives with Alzheimer's disease and relatives with schizophrenia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(1-B), 0419-4217.
- Martins, A. C. (2002). Famílias: O tempo parado na (Toxico)dependência. *Toxicodependências*, 8(2), 63-70.

- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(1), 131-148.
- Martire, L. M., Schulz, R., Reynolds, C. F., Morse, J. Q., Butters, M. A., & Hinrichsen, G. A. (2008). Impact of close family members on older adults' early response to depression treatment. *Psychology and Aging*, 23(2), 447-452.
- Marvardi, M., Mattioli, P., Spazzafumo, L., Mastriforti, R., Rinaldi, P., Polidori, M. C., et al. (2005). The Caregiver Burden Inventory in evaluating the burden of caregivers of elderly demented patients: results from a multicenter study. *Aging clinical and experimental research*, 17(1), 46-53.
- Mataix-Cols, D., An, S. K., Lawrence, N. S., Caseras, X., Speckens, A., Giampietro, V., et al. (2008). Individual differences in disgust sensitivity modulate neural responses to aversive/disgusting stimuli. *European Journal of Neuroscience*, 27(11), 3050-3058.
- Matos, A. (2005). Algumas considerações sobre o jogo relacional entre o toxicodependente e a sua família. *Toxicodependências*, 11(3), 53-62.
- Matsumoto, N., Ikeda, M., Fukuhara, R., Shinagawa, S., Ishikawa, T., Mori, T., et al. (2007). Caregiver Burden Associated with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Elderly People in the Local Community. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 23(4), 219-224.
- Matthews, K. A. (1986). *Handbook of stress, reactivity and cardiovascular disease*. New York: Wiley.
- Maurin, J. T., & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99-107.
- Mausbach, B. T., Dimsdale, J. E., Mills, P. J., Ziegler, M. G., Ancoli-Israel, S., Patterson, T. L., et al. (2005). Depressive symptoms predict norepinephrine response to a psychological stressor task in Alzheimer's caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 638-642.
- Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Von Känel, R., Mills, P. J., Dimsdale, J. E., Ancoli-Israel, S., et al. (2007). The attenuating effect of personal mastery on the relations between stress and Alzheimer caregiver health: A five-year longitudinal analysis. *Aging & Mental Health*, 11(6), 637-644.
- Mazuca, K. P. P., & Sardinha, L. S. (2000). Dependência do álcool: a importância da família no tratamento e na prevenção da recaída. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 1(1), 23-31.

- McClendon, M. J., & Smyth, K. A. (2002). A longitudinal analysis of caregiver mental burden and well-being. *Journal of Mental Health and Aging*, 8(1), 19-28.
- McCrary, B. S., & Epstein, E. E. (1996). Theoretical bases of family approaches to substance abuse treatment. In F. Rotgers, D. S. Keller & J. Morgenstern (Eds.), *Treating substance abuse: Theory and technique* (pp. 117-142). New York: Guilford Press.
- McCubbin, H., Larsen, A., & Olson, D. H. (1982). (F-Copes) Family coping strategies. In D. H. Olson, H. I. McCubbin, H. Barnes, A. Larson, M. Muxen & M. Wilson (Eds.), *Family Inventories: Inventories Used in a National Survey of Families Across the Family Life Cycle*. Minneapolis: University of Minnesota.
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1982). Family adaptation to crisis. In H. McCubbin, A. Cauble & J. Patterson (Eds.), *Family Stress, coping and social support* (pp. 26-47). Springfield: Charles C. Thomas.
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1983). Family stress process: The double ABCX model family adjustment and adaptation. *Marriage and family Review*, 6, 7-38.
- McCubbin, H., Patterson, J., & Sussman, M. (1983). Family stress process: The double ABCX model family adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-38.
- McCubbin, H., Thompson, A., & McCubbin, M. (Eds.). (2001). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation-Inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H. I., Olson, D., & Larsen, A. (1996). Family Crisis Oriented Personal Scales (F-COPES). In H. I. McCubbin, A. I. Thompson & M. A. McCubbin (Eds.), *Family Assessment: resiliency, coping and adaptation - Inventories for research and practice* (pp. 405-507). Madison: University of Wisconsin Press.
- McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Larsen, A. S. (1987). F-COPES: Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. In H. I. McCubbin & A. I. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice* (pp. 259-270). Madison: University of Wisconsin.
- McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Larsen, A. S. (1991). F-COPES: Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. In H. I. McCubbin & A. I. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice (2nd edition)* (pp. 259-270). Madison: University of Wisconsin Press.
- McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1993). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In C. B. Danielson, B. Hamell-Bissell & P.

- Winstead-Fry (Eds.), *Families, health, & illness-perspectives on coping and intervention* (pp. 21-64). St. Louis, MO: Mosby.
- McCubbin, M. A., McCubbin, H. I., Mischler, E., & Svavarsdottir, E. (2001). Family relationships. In M. Bluebond-Langner, B. Lask & D. B. Angst (Eds.), *Psychosocial aspects of cystic fibrosis* (pp. 211-237). New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Kalra, L., & Donaldson, N. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36(10), 2181-2186.
- McDaniel, S., Hepworth, J., & Doherty, W. (1992). *Medical Family Therapy: A Biopsychosocial Approach to Families with health problems*. New York: Basic Books.
- McDowell, J. D. (2006). An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 39(2), 277-294.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual mechanism leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2093-2101.
- McFarlane, A., & Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and posttraumatic reactions. In B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 129-154). New York: The Guilford Press.
- McGilloway, S., Donnelly, M., & Mays, N. (1997). The experience of caring for former long-stay psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 149-151.
- McIntyre, T., & Araújo-Soares, V. (1999). Inventário da Depressão de Beck: Estudo de validade numa amostra de doentes com dor crónica. Universidade do Minho.
- McIntyre, T., & Ventura, M. (1996). Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático: versão Adolescentes. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, IV, 567-576.
- McKay, A. C., McKinney, M. S., & Clarke, R. S. (1990). Effect of flumazenil on midazolam-induced amnesia. *British Journal of Anaesthesia*, 65(2), 190-196.
- McKay, J. R., McLellan, T., & Alterman, A. I. (1992). An evaluation of the Cleveland criteria for inpatient treatment of substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1212-1218.
- McKinney, A., & Coyle, K. (2007). Next-day effects of alcohol and an additional stressor on memory and psychomotor performance. *Journal of Studies in Alcohol and Drugs*, 68(3), 446-454.

- McLaughlin, L. A. (2002). *Factors That Contribute to Stress Among Japanese-American and Caucasian- American Family Caregivers of Frail Elders*. University of Hawai'i, Mānoa.
- McNally, R., Bryant, R., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in The Public Interest*, 4, 45-79.
- Meiland, F. J. M., Danse, J. A. C., Wendte, J. F., Klazinga, N. S., & Gunning-Schepers, L. J. (2001). Caring for relatives with dementia - Caregiver experiences of relatives of patients on the waiting list for admission to a psychogeriatric nursing home in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(2), 113-121.
- Mello, M. L. M., Barrias, J. C., & Breda, J. J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Mendes, F. (2000). Toxicodependência e Prevenção familiar: uma política para a Europa. *Toxicodependências*, 6(3), 61-69.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Lourenço, M., Reccio, J. L., Pietralunga, S., Broyer, G., et al. (1999). *Family Relationships and Primary Prevention of Drug Use in Early Adolescence*. Coimbra: IREFREA.
- Merikangas, K., Stolar, M., Stevens, D., O'Malley, S., & Rousanville, B. (1998). Familial transmission of substance use disorders. *Archives General Psychiatry*, 55, 973-979.
- Messas, G. P., Filho, V., & Pinto, H. (2004). O papel da genética na dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 54-58.
- Michon, A., Canuto, A., Giardini, U., Giannakopoulos, P., Weber, K., & Gargiulo, M. (2004). Caregiver burden in dementia: Determinants and interventions. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 155(5), 217-224.
- Mier, N. (2002). *Stress and social support among Hispanic caregivers of dementia patients*. University of New Mexico, New Mexico.
- Miller, B., Townsend, A., Carpenter, E., Montgomery, R. V. J., Stull, D., & Young, R. F. (2001). Social support and caregiver distress: A replication analysis. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(4).
- Miller, I. W., Bishop, D. S., Herman, D., & Stein, M. D. (2007). Relationship quality among HIV patients and their caregivers. *AIDS Care*, 19(2), 203-211.
- Miller, I. W., Bishop, D. S., Herman, D. S., & Stein, M. D. (2007). Relationship quality among HIV patients and their caregivers. *AIDS Care*, 19(2), 203-211.

- Miller, N. S., & Gold, M. S. (1991). Abuse, addiction, tolerance, and dependence to benzodiazepines in medical and nonmedical populations. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(1), 27-37.
- Mills, P. J., Ziegler, M. G., Patterson, T., Dimsdale, J. E., Hauger, R., Irwin, M., et al. (1997). Plasma catecholamine and lymphocyte β -sub-2-adrenergic receptor alterations in elderly Alzheimer caregivers under stress. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 251-256.
- Minden, S. L., Frankel, D., Hadden, L. S., Srinath, K. P., & Perloff, J. N. (2004). Disability in elderly people with multiple sclerosis: An analysis of baseline data from the Sonya Slifka Longitudinal Multiple Sclerosis Study. *NeuroRehabilitation*, 19(1), 55-67.
- Minetto, M. A., Lanfranco, F., Tibaudi, A., Baldi, M., Termine, A., & Ghigo, E. (2008). Changes in awakening cortisol response and midnight salivary cortisol are sensitive markers of strenuous training-induced fatigue. *Journal of Endocrinological Investigation*, 31(1), 16-24.
- Minnes, P., Graffi, S., Nolte, M. L., Carlson, P., & Harrick, L. (2000). Coping and stress in Canadian family caregivers of persons with traumatic brain injuries. *Brain Injury*, 14, 737-748.
- Minnes, P., McShane, J., Forkes, S., Green, S., Clement, B., & Card, L. (1989). Coping resources of parents of developmentally handicapped children living in rural communities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 15(2), 109-118.
- Minuchin, S., & Fishman, C. H. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitrani, V. B., Lewis, J. E., Feaster, D. J., Czaja, S. J., Eisdorfer, C., Schulz, R., et al. (2006). The Role of Family Functioning in the Stress Process of Dementia Caregivers: A Structural Family Framework. *The Gerontologist*, 46(1), 97-105.
- Mittelman, M. S., Roth, D. I., Clay, O. J., & Haley, W. E. (2007). Preserving health of Alzheimer's caregivers: Impact of a spouse caregiver intervention. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(9), 780-789.
- Miyamoto, Y., Ito, H., Otsuka, T., & Kurita, H. (2002). Caregiver burden in mobile and non-mobile demented patients: A comparative study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 765-773.
- Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M. C., & Tormo, M. P. (1999). Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Photograph System (IAPS) - Adaptación española. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52, 55-87.

- Montagnino, B. A., & Mauricio, R. V. (2004). The child with a tracheostomy and gastrostomy: parental stress and coping in the home - a pilot study. *Pediatric nursing*, 30(5).
- Moore, R. H. (1993). Cognitive-emotive treatment of the posttraumatic stress disorder. In W. Dryden & L. Hill (Eds.), *Innovations in rational-emotive therapy*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Moores, D. F., & Meadow-Orlans, K. P. (Eds.). (2002). *Educational and developmental aspects of deafness*. Washington: Gallaudet University Press.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2007). Treated and untreated alcohol-use disorders: course and predictors of remission and relapse. *Evaluation Review*, 31(6), 564-584.
- Morgan, M. J., Cascella, N. G., Stapleton, J. M., Phillips, R. L., Yung, B. C., Wong, D. F., et al. (1993). Sensitivity to subjective effects of cocaine in drug abusers: relationship to cerebral ventricle size. *American Journal of Psychiatry*, 150(11), 1712-1717.
- Mourik, J. C., Duivenvoorden, H. J., Rosso, S. M., Van Swieten, J. C., Niermeijer, M. F., & Tibben, A. (2004). Frontotemporal dementia: Behavioral symptoms and caregiver distress. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18(3-4), 299-306.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Caregivers of advanced cancer patients: Feelings of hopelessness and depression. *Cancer Nursing*, 30(5), 412-418.
- Nabors, N. A., Seacat, J., & Rosenthal, M. (2002). Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 16(12), 1039-1050.
- Navia, C. E., & Ossa, M. (2003). Family Functioning, Coping, and Psychological Adjustment in Victims and Their Families Following Kidnapping. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 107-112.
- Nealey-Moore, J. B., Smith, T. W., Uchino, B. N., Hawkins, M. W., & Olson-Cerny, C. (2007). Cardiovascular reactivity during positive and negative marital interactions. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(6), 505-519.
- Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Sharma, R. (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia: A re-examination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(4), 329-336.
- Nemtsov, A. (2003). Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(2), 161-168.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroíno dependentes*. Lisboa: Universitária Editora.

- Nijboer, C., Tempelaar, R., Triemstra, M., Van den Bos, G. A. M., & Sanderman, R. (2001). The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer*, 91(5), 1029-1039.
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., & Bos, G. A. M. v. d. (1999). Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). *Social Science & Medicine*, 48, 1259-1269.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma - Frequency and impact of different traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Nunley, B. L. (2002). Stress, hardiness, and psychological distress of elderly spousal caregivers of persons with dementia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(2-B), 742.
- Nunley, K. F. (2008). Drug Effects on the Brain Retrieved 2008, 2008
- Nunnally, J. C. (Ed.). (1978). *Psychometric theory (2nd ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Nurco, D. N., Kinlock, T. W., O'Grady, K. E., & Hanlon, T. E. (1996). Early family adversity as a precursor to narcotic addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 103-113.
- O'Brien, C. P. (2005). Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Suppl 2), 28-33.
- O'Brien, C. P., Woody, G. E., & McLellan, A. T. (1981). Long-term consequences of opiate dependence. *New England Journal of Medicine*, 304(18), 1098-1099.
- O'Brien, T. (2006, Winter). The Stress of Family Caregiving: Your Health May Be at Risk. *TAKE CARE! Self-Care for the Family Caregiver*.
- O'Rourke, N., Cappeliez, P., & Guindon, S. (2003). Depressive symptoms and physical health of caregivers of persons with cognitive impairment: Analysis of reciprocal effects over time. *Journal of Aging and Health*, 15(4), 688-712.
- O'Rourke, N., & Tuokko, H. A. (2004). Caregiver burden and depressive symptomatology: The association between constructs over time. *Clinical Gerontologist*, 27(4), 41-52.
- OEDT (2003). Relatório Anual 2003: A Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega, from <http://annualreport.emcdda.eu.int/pt>
- OEDT (2005). *Relatório Anual 2005: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: União Europeia.
- OEDT (2007). *Relatório Anual 2007: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: União Europeia.

- OEDT (2008). *Relatório Anual 2008: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: União Europeia.
- Ogilvie, A. D., Goodwin, G. M., & Morant, N. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders, Supplement*, 7(1), 25-32.
- Ohaeri, J. U. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(4), 457-465.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, A., & Wilson, M. (Eds.). (1984). *Families: What makes them work*. Beverly Hills: Sage.
- OMS (1998). Propriedades Psicométricas da versão abreviada do WHOQOL. Retrieved Maio 2004, from Divisão de Saúde Mental - Grupo WHOQOL:
- OMS (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: OMS.
- Onishi, J., Suzuki, Y., Umegaki, H., Nakamura, A., Iguchi, A., & Endo, H. (2005). Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(2), 159-168.
- Orr, S. P., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Berry, N. J., Ahern, C. E., & Pitman, R. K. (1998). Psychophysiologic assessment of women with posttraumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66(6), 906-913.
- Orr, S. P., Metzger, L. J., & Pitman, R. K. (2002). Psychophysiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinical North America*, 24, 253-270.
- Orr, S. P., Pitman, R. K., Lasko, N. B., & Herz, L. R. (1993). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in World War II and Korean combat veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 152-159.
- Orth, A. P. S. (2005). *A Dependência Química e o Funcionamento Familiar à Luz do Pensamento Sistêmico*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Pallant, J. (Ed.). (2007). *SPSS Survival Manual* (3rd ed.). Maidenhead, Berkshire, U.K.: Open University Press.
- Palmisano, B., & Arco, L. (2007). Changes in functional behaviour of adults with brain injury and spouse-caregiver burden with in-home neurobehavioural intervention. *Behaviour Change*, 24(1), 36-49.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden. *JAN Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 446-457.

- Parker, L. D. (2008). A study about older African American spousal caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(10-B), 0419-4217.
- Patterson, J. (1988). A conceptual model of chronic and life-threatening illnesses and its impact on families. In C. S. Chilman (Ed.), *Chronic Illness and disability* (Vol. 2, pp. 77). California: SAGE Publications.
- Patterson, T. L., & Grant, I. (2003). Interventions for caregiving in dementia: physical outcomes. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(6), 629-633.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família, e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Peak, T. (Ed.). (2005). *Support for Families in the Nursing Home Environment: Family Caregiving, Social Support, and Support Group Benefits of the Family Project*. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measure. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pecins-Thompson, M., & Peris, J. (1993). Behavioral and neurochemical changes caused by repeated ethanol and cocaine administration. *Psychopharmacology*, 110(4), 443-450.
- Pedrosa Gil, F., Bidlingmaier, M., Ridout, N., Scheidt, C. E., Caton, S., Schoechlin, C., et al. (2008). The relationship between alexithymia and salivary cortisol levels in somatoform disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 366-373.
- Pélissolo, A., Maniere, F., Boutges, B., Allouche, M., Richard-Berthe, C., & Corruble, E. (2007). Anxiety and depressive disorders in 4,425 long term benzodiazepine users in general practice. *Encephale*, 33(1), 32-38.
- Pereira, J. C. R. (Ed.). (1999). *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: EDUSP.
- Pereira, M. G. (2001). *Família e Doença Crónica*. Paper presented at the Família, Saúde Mental e Políticas Sociais, Lisboa.
- Pereira, M. G., & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M. G., & Soares, V. (2003). *Impacto do relacionamento conjugal dos pais no relacionamento pessoal e interpessoal dos filhos* (Investigação). Braga: Fundação Bial Universidade do Minho.

- Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Link, B. G., Struening, E., Kaczynski, R., Gonzalez, J., et al. (2007). Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(Jun 2007), 535-536.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Kaczynski, R., Swartz, M. S., Cañive, J. M., & Lieberman, J. A. (2006). Components and Correlates of Family Burden in Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(8), 1117-1125.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Maciejewski, P. K., Clarkin, J. F., Sirey, J., Struening, E., et al. (2004). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55(9), 1029-1035.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., et al. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 9(3), 262-273.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. R., Clarkin, J. F., Raue, P., & Sirey, J. (2001). Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(1), 31-37.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (Eds.). (2003). *Análise de dados para as ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Phipps, S., Dunavant, M., Lensing, S., & Rai, S. N. (2005). Psychosocial predictors of distress in parents of children undergoing stem cell or bone marrow transplantation. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(2), 139-153.
- Pickett, T. J. (2007). Caregiver burden in Huntington's disease. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(8-B), 4720.
- Pickett, T. J., Altmaier, E., & Paulsen, J. S. (2007). Caregiver burden in Huntington's disease. *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 311-318.
- Pina, A. P. B. d. (Producer). (2000) Riscos Genéricos Associados ao Abuso de Drogas.
- Pinhal, A., Ricou, M., Antunes, A., & Nunes, R. (1998). Adaptação familiar à criança deficiente auditiva. In R. Nunes (Ed.), *Controvérsias na reabilitação da criança surda* (pp. 171-188). Porto: Fundação Engenheiro António de Almeida.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2).

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (Eds.). (2005). *Caregiving Distress and Psychological Health of Caregivers*. Hauppauge, NY: Nova Biomedical Books.
- Pinto, A., & Mello, M. L. M. (1989). Prevention of alcohol related problems developed by the Alcoholic's Center of Coimbra - in Public Health and Protection of the Population. *Excerpta Medica*, 91-96.
- Pires, T. (2005). *Perturbação de stress pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários*. Universidade do Minho, Braga.
- Pitman, R. K., Lanes, D. M., Williston, S. K., Guillaume, J. L., Metzger, L. J., Gehr, G. M., et al. (2001). Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 42(2), 133-140.
- Pitman, R. K., & Orr, S. P. (1990). Twenty-four hour urinary cortisol and catecholamine excretion in combat-related PTSD. *Biological Psychiatry*, 27, 245-247.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Forgue, D. F., & Altman, B. (1990). Psychophysiologic responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 49-54.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Forgue, D. F., & de Jong, J. (1987). Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry*, 44(11), 970-975.
- Poehlmann, K. M. (1998). The effects of psychological stress on cardiovascular and neuroendocrine reactivity
Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 59(8-B), 4541.
- Polk, D., Cohen, S., Doyle, W., Skoner, D., & Kirschbaum, C. (2005). State and trait affect as predictors of salivary cortisol in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 261-272.
- Popovic, V., Doknic, M., Maric, N., Pekic, S., Damjanovic, A., Miljic, D., et al. (2007). Changes in neuroendocrine and metabolic hormones induced by atypical antipsychotics in normal-weight patients with schizophrenia. *Neuroendocrinology*, 85(4), 249-256.
- Post, M. W. M., Bloemen, J., & De Witte, L. P. (2005). Burden of support for partners of persons with spinal cord injuries. *Spinal Cord*, 43(5), 311-319.
- Pratt, C. C., Schmall, V. L., Wright, S., & Cleland, M. (1985). Burden and Coping Strategies of Caregivers to Alzheimer's Patients. *Family Relations*, 34(1), 27-33.

- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36, 717-731.
- Preacher, K. J., Rucker, D. D., & Hayes, A. F. (2007). Addressing Moderated Mediation Hypotheses: Theory, Methods, and Prescriptions. *Multivariate Behavioral Research*, 42(1), 185-227.
- Price, M. R., Bratton, D. L., & Klinnert, M. D. (2002). Caregiver negative affect is a primary determinant of caregiver report of pediatric asthma quality of life. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 89(6), 572-577.
- Prinzleve, M., Haasen, C., & Zurhold, H. (2004). Cocain use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups. *European Addiction Research*, 10, 147-155.
- Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (1999). Burnout, perceived stress and cortisol responses to awakening. *Psychosomatic Medicine*, 61, 197-204.
- Pruessner, J. C., Kirschbaum, C., Meinlschmidt, G., & Hellhammer, D. H. (2003). Two formulas for computation of the area under the curve represent measures of total hormone concentration versus time-dependent change. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 916-931.
- Pruessner, J. C., Wolf, O. T., Hellhammer, D. H., Buske-Kirschbaum, A., von Auer, K., Jobst, S., et al. (1997). Free Cortisol Levels after Awakening: A Reliable Biological Marker for the Assessment of Adrenocortical Activity. *Life Sciences*, 61(26), 2539-2549.
- Purvis, K. B., & Cross, D. R. (2007). Improvements in salivary cortisol, depression, and representations of family relationships in at-risk adopted children utilizing a short-term therapeutic intervention. *Adoption Quarterly*, 10(1), 25-43.
- Rabin, B. S. (1999). *Stress, immune function and health: the connection*. New York: Wiley-Liss.
- Rabin, B. S., Cohen, S., Ganguli, R., Lysle, D. T., & Cunnick, J. E. (1989). Bidirectional interaction between the central nervous system and the immune system. *CRC Critical Reviews in Immunology*, 9, 279-312.
- Rabins, P. V., Mace, N. L., & Lucas, M. J. (1982). The impact of dementia on the family. *JAMA*(248), 333-335.
- Raiber-Kornfeld, S. (2006). The relationship between social support and cardiovascular disease: The role of DHEA and cortisol. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66(12-B), 6964.

- Rall, T. W. (1990). Hypnotics and sedatives; ethanol. In A. G. Gillman, T. W. Rall, T. W. Nies & P. Taylor (Eds.), *The Pharmacological Basis of Therapeutics* (8th ed., pp. 345-382). New York: Pergamon Press.
- Rammohan, A., Rao, K., & Subbakrishna, D. K. (2002). Religious coping and psychological well-being in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 356-362.
- Rao, G. S. (2004). Cutaneous changes in chronic alcoholics. *Indian Journal of Dermatology Venereology Leprology*, 70(2), 79-81.
- Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and PTSD. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Rasu, R. S., Shenolikar, R. A., Nahata, M. C., & Balkrishnan, R. (2005). Physician and patient factors associated with the prescribing of medications for sleep difficulties that are associated with high abuse potential or are expensive: an analysis of data from the National Ambulatory Medical Care Survey for 1996-2001. *Clinical Therapeutics*, 27(12), 1970-1979.
- Raveis, V. H., Karus, D., & Pretter, S. (1999). Correlates of anxiety among adult daughter caregivers to a parent with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(3-4), 1-26.
- Ray, W. A., Griffin, M. R., & Downey, W. (1989). Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture. *JAMA*, 262(23), 3303-3307.
- Razani, J., Kakos, B., Orieta-Barbalace, C., Wong, J. T., Casas, R., Lu, P., et al. (2007). Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(9), 1415-1420.
- Rebelo, L. (1992). A doença crónica, o doente crónico e a sua família. Repercussão psicossocial da diabetes. *Acta Médica Portuguesa*, 5, 383-387.
- Rebelo, L. (1996). *O Doente com Artrite Reumatóide e o seu Contexto Familiar*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Redinbaugh, E. M., Baum, A., Tarbell, S., & Arnold, R. (2003). End-of-Life Caregiving: What Helps Family Caregivers Cope? *Journal of Palliative Medicine*, 6(6), 901-909.
- Reid, C. E., Moss, S., & Hyman, G. (2005). Caregiver reciprocity: The effect of reciprocity, carer self-esteem and motivation on the experience of caregiver burden. *Australian Journal of Psychology*, 57(3), 186-196.

- Reilly, D. M. (1979). Family Factors in the Etiology and Treatment of Youthful Drug Abuse. *Family Therapy, 11*, 149-171.
- Reilly, D. M. (1984). Family Therapy with adolescent drug abusers and their families: Defying gravity and achieving escape velocity. *Journal of Drug Issues, 14*, 381-391.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M., et al. (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden. *Journal of Affective Disorders, 94*(1-3), 157-163.
- Reine, G., Duplan, S., Lançon, C., Avorio, A., Siméoni, M. C., Auquier, P., et al. (2004). Evaluation of burden in caregivers of patients suffering from schizophrenia. Dimensions and domains. *Annales Medico-Psychologiques, 162*(6), 453-461.
- Reine, G., Duplan, S., Simeoni, M. C., Auquier, P., & Lancon, C. (2003). Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: An overview of measure instruments. *Encephale, 29*(2), 137-147.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do Espelho. Da Teoria à Terapia com a Família*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Resick, P. A. (2000). *Stress and Trauma*. USA: Psychology Press.
- Revenson, T. A. (1993). The role of social support with rheumatic diseases. *Baillière's Clinical Rheumatology, 7*(2), 377-396.
- Revenson, T. A., & Majerovitz, S. D. (1991). The effects of chronic illness on the spouse: Social resources as stress buffers. *Arthritis Care and Research, 4*, 63-72.
- Rezende, M. M. (Ed.). (1997). *Curto-Circuito Familiar e Drogas: Análise de Relações Familiares e suas Implicações na Farmacodependência* (2ª ed.). Taubaté: Cabral Editora Universitária.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior Psicologia Aplicada (ISPA).
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*(17), 547-558.
- Ribeiro, R. L., Pompeia, S., & Bueno, O. F. A. (2005). Comparação entre normas brasileiras e norte-americanas do International Affective Picture System (IAPS). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 27*(3), 208-215.
- Ribeiro, R. L., Teixeira-Silva, F., Pompéia, S., & Bueno, O. F. (2007). IAPS includes photographs that elicit low-arousal physiological responses in healthy volunteers. *Physiology & Behavior, 91*(5), 671-675.

- Riebschleger, J., Scheid, J., Luz, C., Mickus, M., Liszewski, C., & Eaton, M. (2008). How are the experiences and needs of families of individuals with mental illness reflected in medical education guidelines? *Academic Psychiatry Special Issue: Reaching out to families and overcoming stigma*, 32(2), 119-126.
- Rinaldi, P., Mastriforti, R., Mattioli, P., Marvardi, M., Polidori, M. C., Cherubini, A., et al. (2005). Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: Results of an Italian multicenter study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(2), 168-174.
- Rivera, P., Elliott, T. R., Berry, J. W., Grant, J. S., & Oswald, K. (2007). Predictors of caregiver depression among community-residing families living with traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 22(1), 3-8.
- Rivière, S., Gillette-Guyonnet, S., Andrieu, S., Nourhashemi, F., Lauque, S., Cantet, C., et al. (2002). Cognitive function and caregiver burden: Predictive factors for eating behaviour disorders in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 950-955.
- Robinson-Whelen, S., Tada, Y., Maccallum, R. C., McGuire, L., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2001). Long-term caregiving: What happens when it ends? *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 573-584.
- Rodrigues, G., Winck, J. C., Silveira, F., & Almeida, J. (2002). Avaliação sociológica de doentes com esclerose lateral amiotrófica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 8(6), 645-653.
- Rohleder, N., Wolf, J. M., Herpfer, I., Fiebich, B. L., Kirschbaum, C., & Lieb, K. (2006). No response of plasma substance P, but delayed increase of interleukin-1 receptor antagonist to acute psychosocial stress. *Life Sciences*, 78(26), 3082-3089.
- Rolland, J. S. (1988). Family Systems and Chronic Illness: A Typological Model. In F. Walsh & C. M. Andersen (Eds.), *Chronic Disorders and the Family*. London: The Haworth Press.
- Rolland, J. S. (2005). Cancer and the family: an integrative model. *Cancer*, 104(11 Suppl), 2584-2595.
- Rose, J. H., Bowman, K. F., O'Toole, E. E., Abbott, K., Love, T. E., Thomas, C., et al. (2007). Caregiver objective burden and assessments of patient-centered, family-focused care for frail elderly veterans. *The Gerontologist*, 47(1), 21-33.
- Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(2), 67-76.
- Roselle, G. A. (1992). Alcohol and the Immune System. *Alcohol Health and Research World*, 16, 16-19.

- Rosen, J., Mulsant, B. H., Mittal, V., Degenholtz, H., Fox, D., & Castle, N. (2003). Educating the families of nursing home residents: A pilot study using a computer-based system. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(3), 128-134.
- Rosman, A. S. (1992). Utility and evaluation of biochemical markers of alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse*, 4(3), 277-297.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W. W. Norton & Company.
- Roussaux, J.-P., Faoro-Kreit, B., & Hers, D. (2002). *O alcoólico em família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rozlov, L. A. (1999). Stress and immunity: implications for viral disease and wound healing. *Journal of Periodontology*, 70(7), 786.
- Russell, M., Cooper, M. L., Frone, M. R., & Welts, J. W. (1991). Alcohol drinking patterns and blood pressure. *American Journal of Public Health*, 81(4), 452-457.
- Saab, B. R., Chaaya, M., Doumit, M., & Farhood, L. (2003). Predictors of psychological distress in Lebanese hostages of war. *Social Science and Medicine*, 57(7), 1249-1257.
- Sabella, S. A. (2008a). The impact of social support, professional support, and financial hardship on the life satisfaction of family caregivers after traumatic brain injury. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(7-B), 419-4217.
- Sabella, S. A. (2008b). The impact of social support, professional support, and financial hardship on the life satisfaction of family caregivers after traumatic brain injury. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(7-B), 0419-4217.
- Sacanella, E., Fernández-Solà, J., Cofan, M., Nicolás, J. M., Estruch, R., Antúnez, E., et al. (1995). Chronic alcoholic myopathy: diagnostic clues and relationship with other ethanol-related diseases. *QJM*, 88(11), 811-817.
- Sampaio, D. (1985). *Terapia Familiar*. Porto: Afrontamento.
- Sánchez-Navarro, J. P., Martínez-Selva, J. M., Torrente, G., & Román, F. (2008). Psychophysiological, behavioral, and cognitive indices of the emotional response: a factor-analytic study. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 16-25.
- Sander, A. M. (2007). Brain injury and the family. *NeuroRehabilitation*, 22(1), 1-2.
- Sander, A. M., Davis, L. C., Struchen, M. A., Atchison, T., Sherer, M., Malec, J. F., et al. (2007). Relationship of race/ethnicity to caregivers' coping, appraisals, and distress after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 22(1), 9-17.

- Sander, A. M., High Jr, W. M., Josey, J., Sherer, M., Thompson, R. N., Malec, J. F., et al. (2003). Preinjury emotional and family functioning in caregivers of persons with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(2), 197-203.
- Santori, C., Ceccanti, M., Diacinti, D., Attilia, M. L., Toppo, L., D'Erasmus, E., et al. (2008). Skeletal turnover, bone mineral density, and fractures in male chronic abusers of alcohol. *Journal of Endocrinological Investigation*, 31(4), 321-326.
- Santos, C., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003a). Estudo de adaptação da Escala de Qualidade de Vida do familiar/cuidador do doente oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 105-118.
- Santos, C., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003b). Qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8(1), 115-131.
- Sapolsky, R. M., Romero, L. M., & Munk, A. U. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory and preparative actions. *Endocrinological Review*, 21(1), 55.
- Sarason, G. R., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (Eds.). (1990). *Social support: An international view*. New York: John Wiley & Sons.
- Saúde, P. d. (2006). Plano Nacional de Saúde - Depressão
- Saunders, J. C. (1998). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 58(10-B), 5331.
- Sautter, F., Lyons, J., Manguno-Mire, G., Perry, D., Han, X., Sherman, M., et al. (2006). Predictors of Partner Engagement in PTSD Treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(2), 123-130.
- Schachinger, H., Blumenthal, T. D., Richter, S., Savaskan, E., Wirz-Justice, A., & Kräuchi, K. (2008). Melatonin reduces arousal and startle responsiveness without influencing startle habituation or affective startle modulation in young women. *Hormones and Behavior*, 54(2), 258-262.
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 52-60.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. (2004). Heart period and variability findings in preschool children with posttraumatic stress symptoms. *Biological Psychiatry*, 55(7), 685-691.

- Scheirs, J. G. M., & Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203.
- Schmid, R., Huttel, G. U., & Cording, C. (2007). The situation of caregivers of inpatients with bipolar affective disorders. : *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 75(11), 665-672.
- Schoeder, C. E., & Remer, R. (2007). Perceived social support and caregiver strain in caregivers of children with Tourette's disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 16(6), 888-901.
- Schrag, A., Hovris, A., Morley, D., Quinn, N., & Jahanshahi, M. (2006). Caregiver-burden in Parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism and Related Disorders*, 12(1), 35-41.
- Schreiber, J. E., Shirtcliff, E., Van Hulle, C., Lemery-Chalfant, K., Klein, M. H., Kalin, N. H., et al. (2006). Environmental influences on family similarity in afternoon cortisol levels: Twin and parent-offspring designs. *Psychoneuroendocrinology*, 31(9), 1131-1137.
- Schreier, H., Ladakakos, C., Chapman, L., Morabito, D., & Knudson, M. M. (2005). Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: A longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*, 58(2), 353-363.
- Schuckit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Schuckit, M. A., Greenblatt, D. J., Gold, E., & Irwin, M. (1991). Reactions to ethanol and diazepam in healthy young men. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(2), 180-187.
- Schulz, P., Kirschbaum, C., Pruessner, J., & Hellhammer, D. H. (1998). Increased free cortisol secretion after awakening in chronically stress individuals due to work overload. *Stress Medicine*, 14, 91-97.
- Schulz, R., Beach, S. R., Lind, B., Martire, L. M., Zdaniuk, B., Hirsch, C., et al. (2001). Involvement in caregiving and adjustment to death of a spouse: Findings from the caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association*, 285(24), 3123-3129.
- Schulz, R., Boerner, K., Shear, K., Zhang, S., & Gitlin, L. N. (2006). Predictors of Complicated Grief Among Dementia Caregivers: A Prospective Study of Bereavement. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(8), 650-658.
- Schulz, R., McGinnis, K. A., Zhang, S., Martire, L. M., Hebert, R. S., Beach, S. R., et al. (2008). Dementia patient suffering and caregiver depression. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(2), 170-176.

- Schulze, B., & Rössler, W. (2005). Caregiver burden in mental illness: Review of measurement findings and interventions in 2004-2005. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(6), 684-691.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Caparro, M., Mutale, F., & Agrawal, S. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 49-56.
- Schweizer, E., & Rickels, K. (1986). Failure of buspirone to manage benzodiazepine withdrawal. *American Journal of Psychiatry*, 143(12), 1590-1592.
- Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. L. A. (2006). Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), 281-287.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. d. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Sephton, S. E., Sapolsky, R. M., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2000). Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 994-1000.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.
- Shalev, A. Y., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1993). Psychophysiologic assessment of traumatic imagery in Israeli civilian patients with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 620-624.
- Shalev, I., Lerer, E., Israel, S., Uzevovsky, F., Gritsenko, I., Mankuta, D., et al. (2009). BDNF Val66Met polymorphism is associated with HPA axis reactivity to psychological stress characterized by genotype and gender interactions. *Psychoneuroendocrinology*, 34(3), 382-388.
- Shaw, W. S., Patterson, T. L., Semple, S. J., Dimsdale, J. E., Ziegler, M. G., & Grant, I. (2003). Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 293-302.
- Shaw, W. S., Patterson, T. L., Ziegler, M. G., Dimsdale, J. E., Semple, S. J., & Grant, I. (1999). Accelerated risk of Hypertensive blood pressure recordings among Alzheimer caregivers. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 215-227.
- Sheehan, N. W., & Nuttal, P. (1988). Conflict, emotion and personal strain among family caregivers. *Family Relations*, 37(1), 92-98.

- Shelby, J., & Kathryn, L. (2001). Stress and Disease. In S. Huether & K. McCance (Eds.), *Pathophysiology: The Biologic Basis for Disease in Adults & Children* (4th ed., pp. 272-289). St. Louis: C. V. Mosby.
- Sherwood, P. R., Given, B. A., Given, C. W., Schiffman, R. F., Murman, D. L., Lovely, M. G., et al. (2006). Predictors of distress in caregivers of persons with a primary malignant brain tumor. *Research in Nursing & Health*, 29(2), 105-120.
- Shufman, E. N., Porat, S., Witztum, E., Gandacu, D., Bar-Hamburger, R., & Ginath, Y. (1994). The efficacy of naltrexone in preventing reabuse of heroin after detoxification. *Biological Psychiatry*, 35(12), 935-945.
- Shyangwa, P. M., Tripathi, B. M., & Lal, R. (2008). Family burden in opioid dependence syndrome in tertiary care centre. *Journal of the Nepal Medical Association*, 47(171), 113-119.
- Siegel, S. D., Turner, A. P., & Haselkorn, J. K. (2008). Adherence to disease-modifying therapies in multiple sclerosis: Does caregiver social support matter? *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 73-79.
- Silani, G., Bird, G., Brindley, R., Singer, T., Frith, C., & Frith, U. (2008). Levels of emotional awareness and autism: an fMRI study. *Social Neuroscience*, 3(2), 97-112.
- Silva, S. (2006). *Experiências Adversas na Infância e Sintomas Psicopatológicos em Sujeitos com Obesidade Mórbida*. Universidade do Minho, Braga.
- Singh, R. A., Mattoo, S. K., Malhotra, A., & Varma, V. K. (1992). Cases of buprenorphine abuse in India. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(1), 46-48.
- Sinha, B. K., & Watson, D. C. (2007). Stress, coping and psychological illness: A cross-cultural study. *International Journal of Stress Management*, 14(4), 386-397.
- Sink, K. M., Covinsky, K. E., Barnes, D. E., Newcomer, R. J., & Yaffe, K. (2006). Caregiver Characteristics Are Associated with Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 796-803.
- Skeie, I., Brekke, M., Lindbaek, M., & Waal, H. (2008). Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 8(1), 43.
- Slevin, M. L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J., & Gregory, W. M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57, 109-112.

- Smerglia, V. L., Miller, N. B., Sotnak, D. L., & Geiss, C. A. (2007). Social support and adjustment to caring for elder family members: A multi-study analysis. *Aging & Mental Health, 11*(2), 205-217.
- Smith, K. M., Larive, L. L., & Romanelli, F. (2002). Club drugs: methylenedioxymethamphetamine, flunitrazepam, ketamine hydrochloride, and gamma-hydroxybutyrate. *American journal of health-system pharmacy, 59*(11), 1067-1076.
- Smith, K. W., Avis, N. E., & Assmann, S. F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. *Quality of Life Research, 8*, 447-459.
- Smyth, K. A., Rose, J. H., McClendon, M. J., & Lambrix, M. A. (2007). Relationships Among Caregivers' Demographic Characteristics, Social Support Ratings, and Expectations of Computer-Mediated Support Groups. *Journal of Applied Gerontology, 26*(1), 58-77.
- Soldato, M., Liperoti, R., Landi, F., Carpenter, I. G., Bernabei, R., & Onder, G. (2008). Patient depression and caregiver attitudes: Results from The AgeD in HOme Care study. *Journal of Affective Disorders, 106*(1-2), 107-115.
- Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., et al. (1992). From front line to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process, 31*, 289-302.
- Sorocco, K. H., Lovallo, W. R., Vincent, A. S., & Collins, F. L. (2006). Blunted hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis responsivity to stress in persons with a family history of alcoholism. *International Journal of Psychophysiology, 59*(3), 210-217.
- Sousa, C. (2005). *Representações da doença, Ajustamento à doença, Morbilidade Psicológica, Qualidade de Vida e Satisfação Marital em doentes com Esclerose Múltipla e seus Cuidadores*. Universidade do Minho, Braga.
- Spitznagel, M. B., Tremont, G., Davis, J. D., & Foster, S. M. (2006). Psychosocial Predictors of Dementia Caregiver Desire to Institutionalize: Caregiver, Care Recipient, and Family Relationship Factors. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 19*(1), 16-20.
- St. Onge, M., & Lavoie, F. (1997). The experience of caregiving among mothers o adults suffering from psychoric disorders: factor associated to their psychological distress. *American Journal of Community Psychology, 25*(1), 73-94.
- Stahl, F., & Dorner, G. (1982). Responses of salivary cortisol levels to situations. *Endocrinology, 80*, 150-162.

- Stancin, T., Wade, S. L., Walz, N. C., Yeates, K. O., & Taylor, H. G. (2008). Traumatic brain injuries in early childhood: Initial impact on the family. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 29*(4), 253-261.
- Stanton, M. D., & Todd, T. (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Gardner Press.
- Steinberg, M., & Lyketsos, C. G. (2008). Measures for delirium and the behavioral symptoms of cognitive disorders. In M. B. First & D. Blacker (Eds.), *Handbook of psychiatric measures* (2nd ed., pp. 373-395). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Steinglass, P. (Ed.). (1997). *La familia alcohólica* (3ª ed.). Barcelona: Gedisa.
- Stenbacka, M., Beck, O., Leifman, A., Romelsjö, A., & Helander, A. (2007). Problem drinking in relation to treatment outcome among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Review, 26*(1), 55-63.
- Step toe, A., Kunz-Ebrecht, S., Owen, N., Feldman, P. J., Willemsen, G., Kirschbaum, C., et al. (2003). Socio-economical status and stress-related biological responses over the working day. *Psychosomatic Medicine, 65*, 461-470.
- Stoops, W. W., Glaser, P. E., & Rush, C. R. (2003). Reinforcing, subject-rated, and physiological effects of intranasal methylphenidate in humans: a dose-response analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 71*(2), 179-186.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., & Gossop, M. (1992). First use of heroin: changes in route of administration over time. *British Medical Journal, 304*(6836), 1222-1223.
- Strongman, K. T. (Ed.). (2004). *A Psicologia das Emoções* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Stroup, A. M., & Smith, K. R. (2007). Familial Effects of BRCA1 Genetic Mutation Testing: Changes in Perceived Family Functioning. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 16*, 135-141.
- Stuber, M. L., Shemesh, E., & Saxe, G. N. (2003). Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illnesses. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12*(2), 195-209.
- Sussman, S., & Ames, S. (Eds.). (2008). *Drug Abuse: Concepts, Prevention, and Cessation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Takahashi, M., Miyaoka, H., & Tanaka, K. (2005). Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59*(4), 473-480.

- Tanaka, M., Miyazaki, Y., Ishikawa, S., & Matsuyama, K. (2004). Alcoholic ketoacidosis associated with multiple complications: report of 3 cases. *Internal Medicine*, 43(10), 955-959.
- Taylor, D. H. J., Ezell, M., Kuchibhatla, M., Ostbye, T., & Clipp, E. C. (2008). Identifying trajectories of depressive symptoms for women caring for their husbands with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2), 322-327.
- Taylor, D. H. J., Kuchibhatla, M., Ostbye, T., Plassman, B. L., & Clipp, E. C. (2008). The effect of spousal caregiving and bereavement on depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 12(1), 100-107.
- Tessler, R. C., & Gamache, G. M. (Eds.). (2000). *Family Experiences with Mental Illness*. Westport: Auburn House.
- Thommessen, B., Wyller, T. B., Bautz-Holter, E., & Laake, K. (2001). Acute phase predictors of subsequent psychosocial burden in carers of elderly stroke patients. *Cerebrovascular Diseases*, 11(3), 201-206.
- Thompson, M. S. (2007). Violence and the costs of caring for a family member with severe mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(3), 318-333.
- Thompson, R. L., Lewis, S. L., Murphy, M. R., Hale, J. M., Blackwell, P. H., Acton, G. J., et al. (2004). Are there sex differences in emotional and biological responses in spousal caregivers of patients with Alzheimer's disease? *Biological research for nursing*, 5(4), 319-330.
- Thorn, L., Hucklebridge, F., Evans, P., & Clow, A. (2009). The cortisol awakening response, seasonality, stress and arousal: A study of trait and state influences. *Psychoneuroendocrinology*, 34(3), 299-306.
- Timko, C., Debenedetti, A., Moos, B. S., & Moos, R. H. (2006). Predictors of 16-year mortality among individuals initiating help-seeking for an alcoholic use disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(10), 1711-1720.
- Tischler, V. A., & Vostanis, P. (2007). Homeless mothers: Is there a relationship between coping strategies, mental health and goal achievement? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17(2), 85-102.
- Tomarken, A., Holland, J., Schachter, S., Vanderwerker, L., Zuckerman, E., Nelson, C., et al. (2008). Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 17(2), 105-111.

- Tornatore, J. B., & Grant, L. A. (2002). Burden among family caregivers of persons with Alzheimer's disease in nursing homes. *Gerontologist*, 42(4), 497-506.
- Torti Jr, F. M., Gwyther, L. P., Reed, S. D., Friedman, J. Y., & Schulman, K. A. (2004). A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18(2), 99-109.
- Toumbourou, J. W., & Bamberg, J. H. (2008). Family recovery from youth substance use related problems: a pilot study of the BEST Plus program. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 1829-1843.
- Tran, M. H. V. (2008). The caregiving stress process: Examining the influence of the nature of the care-recipient illness, stress-buffering variables, mediating factors, and caregiving transitions on caregiver health. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(10-B), 0419-4217.
- Triarhos-Suchlicki, S. (2008). Psychological functioning of nonoffending caregivers: The roles of attachment, parenting competence, child psychological functioning, and goodness-of-fit. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(10-B), 0419-4217.
- Tweedy, M. P., & Guarnaccia, C. A. (2008). Change in depression of spousal caregivers of dementia patients following patient's death. *Omega: Journal of Death and Dying*, 56(3), 217-228.
- Twoy, R., Connolly, P. M., & Novak, J. M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(5), 251-260.
- Tzeng, D. S., Lung, F. W., & Chang, Y. Y. (2004). Comparison of quality of life for people with schizophrenia and mental health of caregivers between community-based and hospital-based services. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 20(9), 443-451.
- U.S.D.H.H.S. (2003). *Family Caregivers: Our Heroes on the Frontlines of Long-Term Care*. from <http://aspe.hhs.gov/daltcp/CaregiverEvent/factsheet.htm>.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1992). Age-related changes in cardiovascular response as a function of a chronic stressor and social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 839-846.
- Vaillant, G. E. (1973). A 20-year follow-up of New York narcotic addicts. *Archives General Psychiatry*, 29(2), 237-241.

- Valdimarsdottir, H. B., Zakowski, S. G., Gerin, W., Mamakos, J., Pickering, T., & Bovbjerg, D. H. (2002). Heightened psychobiological reactivity to laboratory stressors in healthy women at familial risk for breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(1), 51-65.
- Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M. G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.), *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 91-197). Lisboa: Climepsi Editores.
- Valenzuela, J. M. (2008). Predictors of glycemic control in hispanic youths with type 1 diabetes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(12-B), 0419-4217.
- Van Cauter, E., Leproult, R., & Kupfer, D. J. (1996). Effects of gender and age on the levels and circadian rhythmicity of plasma cortisol. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 81, 2468-2473.
- van den Bree, M., Johnson, E., Neale, M., & Pickens, R. (1998). Genetic and environmental influences on drug use and abuse/dependence in male and female twins. *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 231-241.
- Van den Heuvel, E. T. P., De Witte, L. P., Schure, L. M., Sanderma, R., & Meyboom-de Jong, B. (2001). Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 15(6), 669-677.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: memory and evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- Van Exel, N. J. A., Koopmanschap, M. A., Brouwer, W. B. F., Van Den Berg, B., & Van Den Bos, G. A. M. (2005). Burden of informal caregiving for stroke patients: Identification of caregivers at risk of adverse health effects. *Cerebrovascular Diseases*, 19(1), 11-17.
- Vaz Serra, A. (1990). A relevância clínica do coping nos transtornos emocionais. *Psiquiatria na Prática Médica*, 3(4), 157-163.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.

- Vedhara, K., Miles, J., Bennett, P., Plummer, S., Tallon, D., Brooks, E., et al. (2003). An investigation into the relationship between salivary cortisol, stress, anxiety and depression. *Biological Psychology*, 62, 89-96.
- Vedhara, K., Shaw, S., Perks, P., Tallon, D., Bennett, P. D., Clark, S., et al. (2003). Enhancement of antibody responses to influenza vaccination in the elderly following a cognitive-behavioural stress management intervention. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(5), 245-252.
- Vedhara, K., Tallon, D., McDermott, M. P., Evans, T. G., Treanor, J. J., Plummer, S., et al. (2002). Chronic stress in nonelderly caregivers: Psychological, endocrine and immune implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1153-1161.
- Vernon-Scott, S. A. (2008). Positive and negative caregiver appraisal and caregiver health outcomes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(10-B), 0419-4217.
- Vining, R. F., & McGinley, R. A. (1984). Transport of steroid from blood to saliva. In G. F. Read, D. Riad-Fahmy & R. F. Walker (Eds.), *Radioimmunoassays of steroids in saliva* (pp. 56-63). Cardiff: Alpha Omega.
- Visser-Meily, A., Post, M., Schepers, V., & Lindeman, E. (2005). Spouses' quality of life 1 year after stroke: Prediction at the start of clinical rehabilitation. *Cerebrovascular Diseases*, 20(6), 443-448.
- Vitaliano, P., Echeverria, D., Shelkey, M., Zhang, J., & Scanlan, J. (2007). A cognitive psychophysiological model to predict functional decline in chronically stressed older adults. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(3), 177-190.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Bailey, S., Young, H., & McCann, B. (1993). Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 55, 164-177.
- Vitaliano, P. P., Scanlan, J. M., Zhang, J., Savage, M. V., Hirsch, I. B., & Siegler, I. C. (2002). A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 418-435.
- von Gontard, A., Backes, M., Laufersweiler-Plass, C., Wendland, C., Lehmkuhl, G., Zerres, K., et al. (2002). Psychopathology and familial stress - comparison of boys with Fragile X syndrome and Spinal Muscular Atrophy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 949-957.

- Von Känel, R., Dimsdale, J. E., Patterson, T. L., & Grant, I. (2003). Association of negative life event stress with coagulation activity in elderly Alzheimer caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 65(1), 145-150.
- Wadsworth, E. J., Moss, S. C., Simpson, S. A., & Smith, A. P. (2005). Psychotropic medication use and accidents, injuries and cognitive failures. *Human Psychopharmacology*, 20(6), 391-400.
- Waldron, I., Weiss, C. C., & Hughes, M. E. (1997). Marital status effects on health: are there differences between married women and divorced and separated women? *Social Science & Medicine*, 45(9), 1387-1397.
- Waldrop, D. P. (2007). Caregiver grief in terminal illness and bereavement: A mixed-methods study. *Health & Social Work*, 32(3), 197-206.
- Wang, D., Sun, X., & Sadee, W. (2007). Different effects of opioid antagonists on mu-, delta-, and kappa-opioid receptors with and without agonist pretreatment. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 321(2), 544-552.
- Warner, T. D., Behnke, M., Hou, W., Garvan, C. W., Wobie, K., & Eyer, F. D. (2006). Predicting Caregiver-Reported Behavior Problems in Cocaine-Exposed Children at 3 Years. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(2), 83-92.
- Wessa, M., Rohleder, N., Kirschbaum, C., & Flor, H. (2006). Altered cortisol awakening response in posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 31(2), 209-215.
- Whitlatch, C. J., Feinberg, L. F., & Sebesta, D. S. (1997). Depression and health in family caregivers: Adaptation over time. *Journal of Aging & Health*, 9(2), 222-243.
- Whitlatch, C. J., Schur, D., Noelker, L. S., Ejaz, F. K., & Looman, W. J. (2001). The stress process of family caregiving in institutional settings. *Gerontologist*, 41(4), 462-473.
- WHO (Ed.). (1994). *Quality of life assessment: an annotated bibliography*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (Ed.). (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: Word Health Organization.
- WHOQOL (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Society Scientific Medicine.
- Wight, R. G. (2000). Precursive depression among HIV infected AIDS caregivers over time. *Social Science & Medicine*, 51(5), 759-770.
- Wilcox, S., Bopp, M., Wilson, D. K., Fulk, L. J., & Hand, G. A. (2005). Race differences in cardiovascular and cortisol responses to an interpersonal challenge in women who are family caregivers. *Ethnicity and Disease*, 15(1), 17-24.

- Williams, C. M., & Skinner, A. E. (1990). The cognitive effects of alcohol abuse: a controlled study. *British Journal of Addiction, 85*(7), 911-917.
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). New Jersey: LEA.
- Wilson, J. P., & Keane, T. M. (1997). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Wilson, J. P., & Raphael, B. (1993). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press.
- Wilson, L. S., Moskowitz, J. T., Acree, M., Folkman, S., Heyman, M. B., Harmatz, P., et al. (2005). The economic burden of home care for children with HIV and other chronic illnesses. *American Journal of Public Health, 95*(8), 1445-1452.
- Winger, G., Woods, J. H., & Hofmann, F. G. (Eds.). (2004). *A Handbook on Drug and Alcohol Abuse: The Biomedical Aspects* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Wirtz, P. H., Elsenbruch, S., Emini, L., Rüdisüli, K., Groessbauer, S., & Ehler, U. (2007). Perfectionism and the cortisol response to psychosocial stress in men. *Psychosomatic Medicine, 69*(3), 249-255.
- Wolf, O. T., Fujiwara, E., Luwinski, G., Markowitsch, H. J., & Kirschbaum, C. (2005). No morning cortisol response in patients with severe global amnesia. *Psychoneuroendocrinology, 30*(1), 101-105.
- Wolfe, J., Chrestman, K. R., Crosby Ouimette, P., Kaloupek, D., Harley, R. M., & Bucsela, M. (2000). Trauma-related psychophysiological reactivity in women exposed to war-zone stress. *Journal of Clinical Psychology, 56*(10), 1371-1379.
- Wolff, N., Perlick, D. A., Kaczynski, R., Calabrese, J., Nierenberg, A., & Miklowitz, D. J. (2006). Modeling Costs and Burden of Informal Caregiving for Persons with Bipolar Disorder. *Journal of Mental Health Policy and Economics, 9*(2), 99-110.
- Wolkowitz, O. M., Weingartner, H., Thompson, K., Pickar, D., Paul, S. M., & Hommer, D. W. (1987). Diazepam-induced amnesia: a neuropharmacological model of an "organic amnestic syndrome". *American Journal of Psychiatry, 144*(1), 25-29.
- Wrenn, K. D., Slovis, C. M., Minion, G. E., & Rutkowski, R. (1991). The syndrome of alcoholic ketoacidosis. *American Journal of Medicine, 91*(2), 119-128.
- Wright, S. D., Pratt, C. C., & Schmall, V. L. (1985). Spiritual support for caregivers of dementia patients. *Journal of Religion and Health, 24*(1), 31-38.

- Wust, S., Wolf, J., Hellhammer, D. H., Federenko, I., Schommer, N., & Kirschbaum, C. (2000). The cortisol awakening response - normal values and confounds. *Noise and Health*, 7, 77-85.
- Yaffe, K. (2007). Treatment of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *New England Journal of Medicine*, 357(14), 1441-1443.
- Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K., et al. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *Journal of the American Medical Association*, 287(16), 2090-2097.
- Yamamoto-Mitani, N., Ishigaki, K., Kuniyoshi, M., Kawahara-Maekawa, N., Hayashi, K., Hasegawa, K., et al. (2004). Subjective quality of life and positive appraisal of care among Japanese family caregivers of older adults. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 13(1), 207-221.
- Yeh, S. H., Johnson, M. A., & Wang, S. T. (2002). The changes in caregiver burden following nursing home placement. *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), 591-600.
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 34-39.
- Yehuda, R. (2000). Biology of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(7), 14-21.
- Yehuda, R. (2002). Posttraumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*, 346(2), 108-114.
- Yehuda, R., Kahana, B., & Binder-Byrnes, K. (1995). Low urinary cortisol excretion in holocaust survivors with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 152, 7-12.
- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1997). *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. New York: New York Academy of Sciences.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Elkin, A., Houshmand, E., Siever, L., Binder-Brynes, K., et al. (1998). Phenomenology and psychobiology of the intergenerational response to trauma. In Y. Danieli (Ed.), *International handbook: Multigenerational legacies of trauma* (pp. 639-655). New York: Springer.
- Yehuda, R., Southwick, S. M., Nussbaum, G., Wahby, V., Giller, E. L., & Mason, J. W. (1990). Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(6), 366-369.
- Young, E. A., Vazquez, D., Jiang, H., & Pfeffer, C. R. (2006). Saliva Cortisol and Response to Dexamethasone in Children of Depressed Parents. *Biological Psychiatry*, 60(8), 831-836.

- Young, G. S., Mintzer, L. L., Seacord, D., Castañeda, M., Mesrkhani, V., & Stuber, M. L. (2003). Symptoms of posttraumatic stress disorder in parents of transplant recipients: incidence, severity, and related factors. *Pediatrics*, *111*(6 Pt 1).
- Young, H. Y., Young, S. R., Im, O. K., Jung, S. L., Soo, M. B., Won, S. L., et al. (2005). Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology*, *68*(2-3), 107-114.
- Zhang, B., Mitchell, S. L., Bambauer, K. Z., Jones, R., & Prigerson, H. G. (2008). Depressive symptom trajectories and associated risks among bereaved Alzheimer disease caregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*(2), 145-155.
- Zhang, J., Vitaliano, P. P., & Lin, H.-H. (2006). Relations of Caregiving Stress and Health Depend on the Health Indicators Used and Gender. *International Journal of Behavioral Medicine*, *13*(2), 173-181.
- Zuckerman, B., Frank, D. A., Hingson, R. W., Amaro, H., Levenson, S. M., Kayne, H., et al. (1989). Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. *New England Journal of Medicine*, *320*(12), 762-768.
- Zunzunegui, M. V., LlacerCentro, A., & Béland, F. (2002). The role of social and psychological resources in the evolution of depression in caregivers. *Canadian Journal on Aging*, *21*(3), 357-369.
- Zwerling, C., Ryan, J., & Orav, E. J. (1990). The efficacy of preemployment drug screening for marijuana and cocaine in predicting employment outcome. *JAMA*, *264*(20), 2639-2663.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

EM RELAÇÃO A SI

1. Nome (primeiro e último) _____

2. N.º telefone e hora de contacto _____

3. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

4. Idade (anos) _____

5. Estado civil:

Casado/União de facto ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Divorciado/Separado ☐

6. Nível de escolaridade:

Não andou na escola ☐ Escola Primária ☐ Ensino Preparatório ☐

Ensino Secundário ☐ Ensino Médio (curso profissional) ☐ Ensino Superior ☐

7. Profissão: _____

8. Tem filhos? Sim ☐ Não ☐

8.1. Se sim, por favor indique o sexo e a idade: _____

9. Tem alguma doença? Sim ☐ Não ☐

9.1. Se sim, qual? _____

10. Neste momento toma medicação (incluindo tratamento hormonal para os sintomas das menopausa)? Sim ☐ Não ☐

10.1. Se sim, quais são os medicamentos? _____

11. Quando foi a sua última menstruação? _____

12. Fuma? Sim ☐ Não ☐

12.1. Se sim, quantos cigarros por dia? _____

13. Tem ao seu encargo mais alguma pessoa? Sim ☐ Não ☐

EM RELAÇÃO À PESSOA DE QUEM CUIDA

12. Grau de parentesco: Filho(a) ☐ Cônjuge ☐ Outro _____

12. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

13. Idade (anos) _____

14. Estado civil:

Casado/União de facto ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Divorciado/Separado ☐

15. Nível de escolaridade:

Não andou na escola ☐ Escola Primária Ensino Preparatório ☐

Ensino Secundário ☐ Ensino Médio (curso profissional) ☐ Ensino Superior ☐

7. Profissão: _____

8. Situação profissional: Empregado ☐ Desempregado ☐

9. Está dependente de si a nível financeiro? Sim ☐ Não ☐

10. Mora consigo? Sim ☐ Não ☐

11. Com que idade consumiu drogas/álcool pela 1ª vez? _____

12. Qual foi a substância de início?

Heroína ☐ Cannabis ☐ Morfina ☐ Metadona ☐

Cocaína ☐ Haxixe ☐ “Medicamentos” ☐ Anfetaminas ☐

Álcool ☐ LSD ☐ Ecstasy ☐ Outra _____

13. Qual era o principal modo como utilizava a substância?

Ingerida ☐ Fumada ☐ Inalada ☐ Injectada ☐

14. Há quanto tempo é que se apercebeu de que havia um problema com drogas/álcool? _____

15. Qual ou quais as substâncias mais consumidas?

Heroína ☐ Cannabis ☐ Morfina ☐ Metadona ☐

Cocaína ☐ Haxixe ☐ “Medicamentos” ☐ Anfetaminas ☐

Álcool ☐ LSD ☐ Ecstasy ☐ Outra _____

16. Qual era o principal modo como utilizava a substância?

Ingerida ☐ Fumada ☐ Inalada ☐ Injectada ☐

17. Qual o número de tratamentos efectuados?

Internamento em comunidades terapêuticas _____

Desintoxicações em clínicas _____ Desintoxicações em casa _____

18. Há quanto tempo está em recuperação? (meses) _____

19. Já alguma vez esteve preso devido a problemas causados pela sua dependência? Sim ☐ Não ☐

Se sim, quantas e qual a gravidade? _____

20. Tem algum problema de saúde causado pela dependência? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

ANEXO 2 – CAREGIVER REACTION ASSESSMENT

| | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|--|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1.Sinto-me privilegiado(a) por cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 2.Os outros atiraram para cima de mim a responsabilidade de cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 3. Os meus recursos financeiros são adequados para pagar o que é necessário para os cuidados ao meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 4. As minhas actividades são centradas em redor no cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 5. Desde que cuido do meu familiar com Dependência de Substâncias, sinto-me cansado o tempo todo. | | | | | |
| 6. É bastante difícil arranjar ajuda da minha família para cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 7. Eu sinto-me ressentido por ter de cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 8. Eu tenho que parar a meio do trabalho para cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 9. Eu realmente quero cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 10. A minha saúde tem piorado desde que tenho cuidado do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |

| | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|--|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 11. Visito a família e amigos menos vezes desde que comecei a cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 12. Por muito que cuide do meu familiar com Dependência de Substâncias nunca lhe retribuirei o suficiente. | | | | | |
| 13. A minha família coopera nos cuidados do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 14. Tive que eliminar coisas do meu horário desde que cuido do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 15. Tenho suficiente força física para cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 16. Desde que cuido do meu familiar com Dependência de Substâncias, sinto que a minha família me abandonou | | | | | |
| 17. Cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias, faz-me sentir bem. | | | | | |
| 18. As constantes interrupções a que sou sujeito por cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias, tornam difícil encontrar tempo para relaxar. | | | | | |
| 19. Sou suficientemente saudável para cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 20. Cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias é importante para mim. | | | | | |
| 21. Cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias tem criado dificuldades financeiras na família. | | | | | |

| | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|--|------------------------|----------|------------------------------|----------|------------------------|
| 22. Minha família (irmãos, irmãs e filhos) deixaram-me sozinho(a) nos cuidados do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 23. Eu gosto muito de cuidar do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |
| 24. É difícil pagar as necessidades e serviços de saúde do meu familiar com Dependência de Substâncias. | | | | | |

ANEXO 3 - EARAT

Instruções: As pessoas respondem a acontecimentos de prestação de cuidados de forma variada. Neste questionário encontram-se perguntas e afirmações que têm por objectivo descrever as respostas a esse tipo de acontecimento. Não há respostas certas ou erradas, só maneiras diferentes de reagir a acontecimentos traumáticos. Responda com exactidão e veracidade a todas as perguntas.

I – ACONTECIMENTO

A)1 – Teve alguma experiência traumática durante o tempo que cuida ou cuidou do seu familiar toxicodependente (ex. ferimentos graves, *overdoses*, morte de amigos ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)? Sim ☐ Não ☐

2- Descreva essa experiência:

3- Quando é que isso aconteceu? Ano _____ Mês _____

4- Sente que mudou depois de ter passado por essas situações? Sim ☐ Não ☐

5- Quanto tempo depois desse acontecimento é que começou a sentir-se diferente?

Nos 6 meses seguintes ☐ Após 6 meses ☐

6- Actualmente ainda sente essas diferenças? Sim ☐ Não ☐

7- Se não as sente actualmente quando é que as deixou de sentir?

8- Sente-se mal por não ter podido parar o que estava a acontecer? Sim ☐ Não ☐

B)1- Já viu alguém sofrer uma experiência traumática durante o tempo que cuidava do familiar toxicodependente (ex. ferimentos graves, *overdoses*, morte de amigos ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)? Sim ☐ Não ☐

2- Descreva essa experiência:

3- Quando é que isso aconteceu? Ano _____ Mês _____

4- Sente que mudou depois de ter presenciado esse acontecimento? Sim ☐ Não ☐

5- Quanto tempo depois desse acontecimento é que começou a sentir-se diferente?

Nos 6 meses seguintes ☐

Após 6 meses ☐

6- Actualmente ainda sente essas diferenças? Sim ☐ Não ☐

7- Se não as sente actualmente quando é que as deixou de sentir?

Assinale com uma cruz no **SIM** se as afirmações abaixo são verdadeiras acerca de si presentemente. No caso de não corresponderem ao que sente actualmente assinale o **NÃO**.

| II – REVIVÊNCIA DO ACONTECIMENTO | SIM | NÃO |
|--|-----|-----|
| 1-Tenho tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos acerca da experiência traumática. | | |
| 2-Tenho tido pensamentos desagradáveis acerca da experiência mesmo quando não os quero ter (contra a sua vontade). | | |
| 3- Às vezes sinto que essa experiência traumática vai acontecer outra vez. | | |
| 4- Fica muito nervoso ou estanho quando vejo ou ouço alguma coisa parecida com essa experiência ou que me faz lembrar dela. | | |
| 5- O meu corpo começa a transpirar e a tremer e o meu coração bate mais depressa quando tenho uma experiência parecida com a experiência traumática. | | |
| III – RESPOSTA AO ACONTECIMENTO | SIM | NÃO |
| 1-Tenho tentado não ter pensamentos ou sentir sensações semelhantes as que vivi nessa altura. | | |
| 2-Tenho tentado não fazer coisas que me fazem lembrar essa experiência. | | |
| 3-Não consigo lembrar-me de coisas importantes dessa experiência. | | |
| 4-Desde que tive essa experiência tenho sentido menos vontade de estar com os amigos e fazer coisas que anteriormente me davam prazer. | | |
| 5- Desde essa experiência tenho-me sentido estranho e diferente dos meus amigos como se não me importasse com eles. | | |
| 6- Por vezes sinto-me tão triste que não consigo falar nem chorar. | | |
| 7-Tenho-me sentido incapaz de pensar no futuro | | |
| IV – RESPOSTAS PROLONGADAS | SIM | NÃO |
| 1-Tenho dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir. | | |
| 2-Sinto irritabilidade ou sentimentos de raiva que não consigo controlar. | | |
| 3-Não consigo prestar atenção, distraio-me com facilidade. | | |
| 4-Estou sempre alerta, com medo de que aconteça alguma coisa inesperada. | | |
| 5-Sinto-me muito nervoso ou fico assustado com barulhos fortes ou inesperados. | | |